

초과 지급금 상환 약정
_____ 카운티

이에 본인 _____(은)는 _____에 거주하고 있으며 _____ 카운티 사회복지부에 수급 자격이 없을 때 수령한 수당의 총 금액 \$ _____(을)를 상환하는 것에 동의합니다. 이 초과 지급금은 다음 프로그램, 날짜 및 금액에 관한 것입니다.

- 근로 우선 가정 지원, 금액: \$ _____, 기간: _____부터 _____까지
- 식품 및 영양 서비스, 금액: \$ _____, 기간: _____부터 _____까지
- 메디케이드, 금액: \$ _____, 기간: _____부터 _____까지
- 본인은 서비스 제공업체가 비용을 청구하고 지급받는 데 12개월까지 소요될 수 있으므로 인해 메디케이드 청구 금액이 변경될 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 이러한 이유로 발생하는 모든 추가 청구금을 지급하는 데 동의합니다. 메디케이드 청구 금액의 변경 사항에 대한 통지를 받을 것입니다.

본인은 다음과 같은 방식으로 납부하겠습니다.

청구 금액 \$ _____(을)를 _____일에 전액 납부하는 데 동의합니다.

첫 번째 불입금 \$ _____(을)를 _____일에 납입하고, 채무 잔액이 완납될 때까지 \$ _____(을)를 매월/매주 _____에 정기적으로 상환하는 것에 동의합니다.

(해당 항목에 동그라미 표시)

본인은 본 약정이 법적 구속력을 가지려면 _____ 카운티 사회복지부가 승인해야 한다는 것을 알고 있습니다. 1 회라도 납부하지 않는 경우, 본 약정은 무효가 되며 전액을 상환해야 합니다. 또한, 본인은 지급 형태로 _____가 허용됨을 알고 있습니다. 본인은 현금을 우편으로 발송하지 않겠습니다. 허용되는 지급 형태를 _____(으)로 우편 발송하거나 _____에서 정확한 금액을 직접 납부할 것입니다.

상환 계약서에 동의하지 않거나 상기 동의한 내용에 따라 납부하지 않을 경우, 연방 지급금 차압 및/또는 주 소득세 환급금 차압 및/또는 NC 교육 복권 상금 차압의 결과가 초래될 수 있습니다. 또한 상환 계약서에 동의하지 않거나 상기 동의한 내용에 따라 납부하지 않을 경우, 민사 소송 및/또는 기타 추심 절차가 진행될 수 있습니다.

서명: _____ (날인) 날짜: _____

상기 내용이 본인 앞에서 작성되었음을 맹세합니다.

20____년 _____월 _____일

(날인) _____ (공증인) 공증 만료일 _____

아래에 서명함으로써 본인은 _____ 카운티 사회복지부를 대신해 본 상환 계약서에 동의합니다.

_____ 조사관

_____ 감독관(선택사항)