

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE NORTH CAROLINA

División de Social Services

NOTIFICACIÓN DE REEMBOLSO

POSTERIOR A AUDIENCIA

Condado: _____

Fecha: _____

Número de solicitud de Electricidad: _____

Número de identificación referencia: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Estimado/a _____:

La audiencia celebrada en _____ determinó que usted recibió \$ _____ más de beneficios de Electricidad de los que tenía derecho a recibir durante el mes de _____ del año _____. Por lo tanto, deberá devolver la cantidad en exceso de los beneficios de Electricidad que haya recibido.

Si no ha celebrado un acuerdo previo para el reembolso total, debe marcar la casilla correspondiente a continuación para elegir un método de reembolso. A continuación, debe firmar y devolver este formulario a la oficina local en un plazo de 10 días naturales.

_____ Acepto efectuar el reembolso completo en forma de un pago único en efectivo.

_____ Acepto realizar pagos mensuales en efectivo por la cantidad de \$ _____ cada mes el día _____ del mes hasta el momento en que la reclamación se pague en su totalidad.

Nota: El pago mínimo no puede ser inferior a \$25,00.

Nota: El primer pago debe efectuarse en un plazo de 15 días a partir de la fecha de este aviso.

Firma: _____

Fecha de firma: _____

Si tiene alguna pregunta, llame a _____ al _____.

En nombre del condado de _____, acepto este acuerdo de reembolso.

Representante del condado

Fecha