

노스캐롤라이나 주 보건후생부
사회복지과
심리 후 상환 고지

카운티: _____

날짜: _____

식품 및 영양 서비스 케이스 번호: _____

참조 ID: _____

이름:

주소:

_____ 님께,

(날짜) _____ 에 실시된 심리 결과, 귀하가 \$ _____ 에 상당하는 식품 및 영양 서비스를 _____ 개월 동안 _____ 로 인해 과다 지급 받은 것으로 밝혀졌습니다. 이에 귀하와 귀하의 가구는 지급 받은 초과 식품 및 영양 서비스를 반환해야 합니다.

현재 식품 및 영양 서비스를 받고 계신다면, 행정 오류 또는 가구의 부주의로 인한 착오의 경우 매달 수령 금액의 10%와 \$10.00 중 더 큰 금액만큼, 고의적 제도 위반의 경우 수령 금액의 20%와 \$20.00 중 더 큰 금액만큼 전액 상환할 때까지 매달 받는 식품 및 영양 서비스 금액에서 차감됩니다.

현재 식품 및 영양 서비스를 받고 있지 않고 이미 전액 상환 약정을 체결하지 않은 경우, 아래에서 적절한 상환방법을 선택하셔야 합니다. 그 다음 서명 후 본 양식을 10 일 이내에 지역 사무소로 제출해야 합니다.

첫 번째 납입은 본 고지일로부터 영업일 기준으로 10 일 이내입니다.

___ 전액 현금으로 한 번에 상환하겠습니다.

___ 청구액을 전액 상환할 때까지 매월 \$ _____ 씩 현금으로 상환하겠습니다.

서명: _____

날짜: _____

궁금하신 사항은 _____ (전화: _____)로 문의하십시오.

_____ 카운티를 대신해 본 상환 계약을 수락합니다. _____

카운티 담당자