

**SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH BẮC CAROLINA**

**Đơn Vị Dịch Vụ Xã Hội**

**THÔNG BÁO TRẢ LẠI SAU ĐIỀU TRẦN**

Hạt: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Số Hồ Sơ Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm: \_\_\_\_\_

ID Tham Chiếu: \_\_\_\_\_

Tên:

Địa chỉ:

Thân mến \_\_\_\_\_:

Phiên điều trần được tiến hành vào ngày \_\_\_\_\_ phát hiện ra rằng quý vị nhận được \$ \_\_\_\_\_ từ Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm nhiều hơn số lượng quý vị đủ điều kiện để nhận được (các) tháng \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_. Vì vậy, quý vị và gia đình quý vị cần trả lại giá trị thừa của Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm mà quý vị đã nhận được.

Nếu quý vị đang chủ động nhận Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, số lượng phúc lợi quý vị nhận được mỗi tháng sẽ bị giảm 10% quyền lợi, hoặc \$10.00, tùy số nào lớn hơn, đối với lỗi hành chính hoặc yêu cầu bồi thường lỗi vô ý của hộ gia đình; hoặc, 20% quyền lợi, hoặc \$20.00, tùy số nào lớn hơn, do vi phạm chương trình cố ý, cho đến thời gian khi yêu cầu được hoàn trả đầy đủ.

Nếu quý vị hiện đang chủ động không nhận Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm, và trước đây không sắp xếp để trả lại đầy đủ, quý vị cần chọn một phương pháp hoàn trả bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới. Sau đó, quý vị cần ký và gửi lại mẫu này cho văn phòng địa phương trong vòng 10 ngày.

**Khoản thanh toán đầu tiên của quý vị cần trả trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày của thông báo này.**

Tôi đồng ý trả lại đầy đủ dưới dạng một lần thanh toán bằng tiền mặt.

Tôi đồng ý trả tiền mặt hàng tháng với số tiền \$ \_\_\_\_\_ mỗi tháng cho đến thời gian khi yêu cầu được hoàn trả đầy đủ.

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi \_\_\_\_\_ theo số \_\_\_\_\_

Đại diện cho Hạt \_\_\_\_\_, tôi chấp nhận thỏa thuận trả lại này. \_\_\_\_\_

Đại Diện Của Hạt

DSS-8658 (09/09)

Dịch Vụ Gia Đình và Kinh Tế