

CAROLINA DEL NORTE
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
División de Servicios Sociales
CARTA DE PAGO EXCESIVO

Aviso de Reclamación

Id. del caso en el programa

Tipo de reclamación:

Id. de caso del condado:

Se ha determinado que usted o sus familiares han recibido \$ más de AFDC/Work First de lo que les correspondía recibir durante los meses de

debido a:

Usted deberá devolver la suma extra de AFDC/Work First que recibió.

Sus responsabilidades

TODOS LOS FAMILIARES ADULTOS SON IGUALMENTE RESPONSABLES ANTE ESTA RECLAMACIÓN

Usted debe hacer lo posible por devolver la totalidad de la suma que adeuda. Si todavía no ha efectuado un convenio para reembolsar la suma total, y no puede abonar ahora la totalidad de la suma adeudada, usted debe efectuar un convenio para reembolsar la suma total.

La suma que adeuda puede ser cobrada de todos los ingresos contables y los bienes de la unidad familiar, incluyendo el ingreso bruto contable de la familia, activos líquidos y el pago de la asistencia en efectivo Work First. Si actualmente recibe asistencia en efectivo Work First y todavía no ha efectuado un convenio para reembolsar la suma total, la cantidad que recibe mensualmente de Work First será reducida hasta que termine de pagar el dinero en reclamación. La cantidad de la reducción se basará en el ingreso contable total de la familia. A las familias beneficiarias de Work First se les permitirá conservar un ingreso de al menos el 90% del pago máximo de Work First recibido por familias del mismo tamaño sin otro ingreso. La cantidad de la reducción puede cambiar si cambia el pago de Work First. Puede efectuar un pago en efectivo adicional comunicándose con el departamento de servicios sociales local.

Salvo que se celebren convenios por escrito para reembolsar la suma en reclamación, la deuda será remitida al Departamento de Impuestos de Carolina del Norte para ser cobrada a través de la intercepción de un reembolso del impuesto estatal sobre la renta.

Proceso de audiencia

Si no está de acuerdo con la suma en reclamación, la suma a reembolsar o cree que la suma en reclamación ya ha sido pagada en su totalidad, puede solicitar una audiencia local. En la audiencia, tendrá la oportunidad de explicar el motivo de su desacuerdo. Un funcionario de audiencias tomará una decisión sobre el caso. Si no está conforme con la decisión, puede solicitar una segunda audiencia con un funcionario del Estado. Usted puede continuar recibiendo el beneficio de Work First como hasta ahora si solicita una audiencia antes del

No obstante, más tarde se le puede exigir que devuelva parte de estos beneficios.

Usted tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta (o 90 días si hay una causa justificada para el retraso) para solicitar una audiencia. El día número 60 es

. Si usted no pide una audiencia antes de esta fecha, perderá el derecho de solicitarla. Para solicitar una audiencia local, comuníquese con el departamento de servicios sociales al o bien, complete y envíe el formulario que encontrará más abajo. Usted también puede comunicarse con esta oficina a fin de obtener más información acerca del sistema de audiencias.

Sus derechos

La familia tiene la oportunidad de una audiencia local sobre la validez y la suma en reclamación. En esta instancia, a la familia se le brinda la oportunidad de inspeccionar y copiar expedientes del organismo y de revisar con el organismo las circunstancias que se relacionan con esta reclamación.

Es posible que en su condado se ofrezcan servicios legales gratuitos. Comuníquese con la oficina de servicios legales local para obtener información.

Convenio de pagos

Si usted no está recibiendo asistencia en efectivo Work First de manera continua, y todavía no ha efectuado convenios para reembolsar la suma total, debe elegir un método de pago marcando la casilla de verificación que se encuentra más abajo. Luego debe firmar y enviar este formulario a la oficina de Work First en un plazo de 10 días. Si usted no envía el formulario firmado, o bien no se comunica con la oficina de Work First en un plazo de 10 días, el condado tomará otras medidas para cobrar. Estas medidas pueden incluir, entre otras, una demanda ante la justicia civil, la intercepción del reembolso del impuesto estatal sobre la renta, o bien el embargo de su sueldo. El cobro de esta emisión excesiva puede remitirse a una agencia de cobros privada. Si corresponde, puede tener que pagar gastos por mora o procesamiento. Su primer pago vence a los 30 días a partir de la fecha de este aviso.

Acepto reembolsar la suma total adeudada en la modalidad de pago en efectivo de la suma total.

Acepto efectuar pagos mensuales en efectivo por un valor de \$ _____ cada mes hasta pagar la suma en reclamación en su totalidad.

Firma _____
Fecha _____

Si necesita ayuda para entender esta carta de notificación de un pago excesivo, comuníquese con la unidad de integridad de este programa en el departamento de servicios sociales del condado indicado arriba.

Si desea solicitar una audiencia local, complete este formulario, recórtelo y envíelo por correo a:

Nombre de la persona que solicita la audiencia

Dirección

Número de teléfono en el que se le puede encontrar

Su firma

Fecha

Utilice este espacio para explicarnos por qué usted solicita una audiencia imparcial

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Id. del caso en el programa _____

Nº de caso del condado _____

Asistente social a cargo de la reclamación _____

Fecha en que se envió el aviso _____

Fecha en que se recibió la solicitud _____

DSS-8226 (06/02)
Sección de Independencia Económica