

Acuerdo de Devolución de Exceso de Beneficios

Condado de _____

Yo _____, domiciliado en _____, por medio de la presente, acepto pagarle al Departamento de Servicios Sociales del condado de _____ un total de \$ _____ por beneficios que recibí y a los cuales no tenía derecho. Este exceso de pago es por los siguientes programas, fechas y montos (se debe completar la forma DSS-8604 por cada programa):

Programa Work First, \$ _____ desde _____ hasta _____

Servicios de Alimento y Nutrición, \$ _____ desde _____ hasta _____

Medicaid, \$ _____ desde _____ hasta _____

Entiendo que el monto de la reclamación de Medicaid puede cambiar porque los proveedores tienen 12 meses para presentar cargos y que se les pague. Acepto pagar todo reclamo adicional por esta razón. Se me comunicarán los cambios del monto del reclamo de Medicaid.

Pagaré de la siguiente manera:

Acepto pagar la cantidad total de este reclamo, \$ _____, el _____

Acepto hacer un pago inicial de \$ _____ el _____ y luego pagar \$ _____ con regularidad el _____ de cada mes/semana (encierre en un círculo su selección) hasta pagar todo el saldo. (Los pagos de Servicios de Alimentos y Nutrición deben ser mensuales).

Acepto hacer pagos regulares de \$ _____ el _____ de cada mes o semana hasta pagar todo el saldo (Los pagos de Servicios de Alimentos y Nutrición deben ser mensuales).

Los reclamos del Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición deben ser pagados dentro del término de 36 meses y los pagos mensuales no pueden ser menores de \$25.00. Para ver el pago mínimo divida la cantidad que adeuda entre 36. Contacte a su oficina local de **Servicios de Alimentos y Nutrición** si no puede hacer los pagos mensuales debido a su situación.

Entiendo que este acuerdo debe ser aceptado por el Departamento de Servicios Sociales del condado de _____ para que sea válido. Este acuerdo se anula y debo pagar inmediatamente toda la cantidad adeudada si dejo de pagar aunque sea una sola vez. También entiendo que _____ son formas de pago aceptables. No enviaré pagos en efectivo por correo. Enviaré las formas de pago aceptables por correo a _____ o pagaré en persona la cantidad correcta en _____.

No establecer un acuerdo de pago o no pagar de la manera acordada puede causar intercepción del reembolso de impuestos federales o estatales y/o la intercepción de cantidades ganadas en la lotería de educación de Carolina del Norte. No establecer un acuerdo de pago o no pagar como se ha acordado puede causar medidas legales civiles y otras actividades de colección.

Firmado: _____ (Sello) Fecha: _____

Suscrito y jurado o afirmado ante mí este _____ día de _____ de 20 _____

(Sello) _____ (Notario público) Mi comisión vence el _____

Con mi firma, acepto este acuerdo de pago al Departamento de Servicios Sociales del condado de _____.

Investigador

Supervisor (opcional)