

**DEPARTAMENTENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DE CAROLINA DEL NORTE  
INICIATIVA DEL SISTEMA DE CONTROL  
PARA LA INTEGRIDAD DEL PROGRAMA  
AVISO AL DEUDOR**

**NOTIFICACION: EL REEMBOLSO DE SU DECLARACION DE IMPUESTOS  
DE CAROLINA DEL NORTE HA SIDO INTERCEPTADO**

Número de Seguro Social

Cantidad de Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición (Estampillas de Comida), elegible para intercepción	\$
Cantidad de Beneficios del Programa AFDC/Work First (Trabajar Primero) elegible para intercepción	\$
Cantidad de Beneficios de Medicaid/Health Choice (Elección de Salud) elegible para intercepción	\$
<b>MONTO TOTAL</b>	<b>\$</b>

De acuerdo con nuestros registros usted tiene un adeudo pendiente proveniente de los programas de Servicios de Alimentos y Nutrición, AFDC/TANF, y/o Medicaid/NC Health Choice. Este adeudo se debe a que usted recibió asistencia pública para la cual no era elegible.

Como usted no ha pagado esta deuda, se ha avisado al Departamento de Impuestos de Carolina del Norte que usted tiene este adeudo. Se han dado instrucciones al Departamento de Impuestos para que retenga el reembolso de su declaración de impuestos para que se nos pague la cantidad que usted adeuda. Esta acción se toma de acuerdo al Estatuto General de Carolina del Norte 105 (A) y el HB 53 (House Bill), Capítulo 18.

El Departamento de Impuestos nos ha notificado que usted debe de recibir un reembolso. En la parte de arriba se muestra la cantidad que es elegible para esta intercepción. La cantidad de su balance puede haber cambiado si usted ha hecho pagos en las semanas recientes o si una intercepción de impuestos federal ha tenido lugar.

Cualquier cantidad que ha sido interceptada en exceso a su deuda será regresada a usted. Pudiera haber una ganancia en interes en la cantidad que le será reembolsada de acuerdo a G.S. 105-266.

Usted tiene derecho a solicitar una Audiencia para impugnar esta acción, a menos de que esta deuda haya sido procesada a través de la corte. Usted puede solicitar una Audiencia presentando una petición por escrito y una copia en la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) a la dirección que aparece abajo. Además, usted debe enviar por correo o traer una copia de su petición a la agencia nombrada como Respondiente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) a la dirección que se indica abajo. Usted tiene 30 días calendario a partir de la fecha de este aviso para solicitar la Audiencia. Su solicitud de audiencia debe ser enviada por servicio postal y porte pagado para ser entregada a más tardar el día 30 después de la fecha del aviso. Si usted no solicita la Audiencia dentro del término de los 30 días, usted está renunciando a su oportunidad de impugnar esta decisión y se aplicara la cantidad de su reembolso de impuestos a su adeudo con el Departamento de Servicios Sociales.

OAH Dirección Postal: Office of Administrative Hearings 6714 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-6714 (919) 431-3000	OAH Dirección Física: Office of Administrative Hearings 1711 New Hope Church Rd. Raleigh, NC 27609 (919) 431-3000	DHHS Dirección Postal: Ms. Lisa Corbett Office of Legal Affairs, DHHS 2001 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2005
--	---	---

Si tiene preguntas relacionadas con esta acción, por favor contacte a la Sección de Integridad del Programa en el Departamento de Servicios Sociales que se indica a continuación.

CONDADO/DIRECCION DE LA AGENCIA LOCAL:

CONDADO/TEL. DE LA AGENCIA LOCAL: