

Accord de remboursement concernant une émission excédentaire ou trop-perçu
Comté _____

Je soussigné(e), _____ résidant à _____
_____ accepte par la présente de rembourser _____ la somme totale
de _____ \$ pour des prestations que j'ai reçues, auxquelles je n'avais pas droit. Ce
montant excédentaire concerne les programmes, les dates et les montants suivants :

Aide aux familles en recherche d'emploi (Work First Family Assistance) d'un montant de _____
_____ \$ provenant de _____ à _____

Services d'alimentation et de nutrition d'un montant de _____ \$ provenant de
_____ pour _____

Medicaid pour un montant de _____ \$ provenant de _____ à _____

Je comprends que le montant de la réclamation Medicaid peut changer parce que les
prestataires ont 12 mois pour déposer une plainte et être payés. J'accepte de payer toutes
les réclamations supplémentaires pour cette raison. Je recevrai une notification de tous les
changements concernant le montant de la réclamation Medicaid.

Je paierai de la façon suivante :

J'accepte de payer le montant total de cette réclamation de _____ \$ le _____

J'accepte de faire un paiement de _____ \$ le _____ et de
procéder à des paiements réguliers de _____ \$ le _____ de
chaque mois/semaine jusqu'à ce que le solde soit payé en totalité.

(Entourez ce qui convient)

Je comprends que cet accord doit être accepté par le Département des services sociaux du comté
de _____ afin d'être exécutoire. Cet accord est de nullité absolue et la somme
totale est échue et exigible si j'ometts de faire un règlement. Je comprends également que _____
_____ sont des modes de
paiement acceptables. Je n'enverrai pas de paiements en espèces. Les formes de paiements
acceptables seront envoyées à _____
ou des paiements seront faits en personne et selon le taux de change approprié à _____
_____.

**L'incapacité de conclure un accord de remboursement ou de payer comme cela est indiqué
ci-dessus peut entraîner l'interception du paiement fédéral et/ou l'interception du
remboursement de l'impôt sur le revenu de l'État et/ou l'interception des gains de loterie de
l'éducation en Caroline du Nord. L'incapacité à conclure un accord de remboursement ou
de payer comme cela est indiqué ci-dessus peut également entraîner une poursuite en
justice devant le tribunal civil et/ou une autre activité de recouvrement.**

Signé : _____ (Sceau) Date : _____

Déclaré sous serment ou solennellement devant moi, ce

_____ jour de _____, 20__

(Sceau) _____ (Notaire public) Ma Commission Expire _____

En signant ci-dessous, j'accepte cet accord de remboursement au nom du Département des
services sociaux du comté de _____.

Enquêteur

Superviseur (optionnel)