

Thỏa Thuận Hoàn Lại Số Tiền Phát Thừa
Hạt _____

Tôi, _____ cư trú tại _____
đồng ý hoàn lại cho Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt _____ tổng số
\$ _____ cho các phúc lợi tôi đã nhận nhưng không được quyền hưởng.
Khoản trả thừa này là đối với các chương trình, ngày tháng và số lượng sau:

- Hỗ Trợ Gia Đình Việc Làm Trước Tiên cho \$ _____ từ _____ đến _____
 Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm cho \$ _____ từ _____ đến _____
 Medicaid cho \$ _____ từ _____ đến _____

Tôi hiểu số tiền yêu cầu bồi thường Medicaid có thể thay đổi do nhà cung cấp có 12 tháng để nộp phí và được thanh toán. Tôi đồng ý trả bất kỳ yêu cầu hoàn trả thêm nào vì lý do này. Tôi sẽ được thông báo về bất kỳ thay đổi nào đối với số tiền yêu cầu bồi thường Medicaid.

Tôi sẽ trả tiền theo cách sau đây:

- Tôi đồng ý thanh toán toàn bộ số tiền yêu cầu bồi thường này \$ _____ trên _____
 Tôi đồng ý trả tiền mặt \$ _____ vào _____ và thanh toán thường xuyên số tiền \$ _____ vào _____ mỗi tháng/tuần cho đến khi số dư được trả đầy đủ.

(Khoanh tròn câu phù hợp)

Tôi hiểu rằng thỏa thuận này phải được Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt _____ chấp nhận để có ràng buộc. Thỏa thuận này là vô hiệu và cần phải thanh toán toàn bộ số tiền nếu tôi bỏ lỡ ngay cả một thanh toán. Tôi cũng hiểu rằng _____ là các hình thức thanh toán được chấp nhận. Tôi sẽ không gửi thư thanh toán bằng tiền mặt. Các hình thức thanh toán được chấp nhận sẽ được gửi đến _____ hoặc các khoản thanh toán sẽ được thực hiện trực tiếp và với sự thay đổi chính xác tại _____.

Việc không ký một thỏa thuận hoàn trả hoặc thanh toán theo thỏa thuận trên có thể dẫn đến Ngăn Chặn Thanh Toán Liên Bang và/hoặc Ngăn Chặn Hoàn Thuế Thu Nhập Tiểu Bang và/hoặc ngăn chặn trúng Xổ Số Giáo Dục Bắc Carolina. Việc không ký một thỏa thuận hoàn trả hoặc thanh toán theo thỏa thuận cũng có thể dẫn đến tống dân sự và/hoặc hoạt động thu nợ khác.

Đã ký: _____ (Đóng dấu) Ngày: _____

Đã ký tên ở dưới và tuyên thệ hoặc xác nhận trước mặt tôi vào

_____ ngày _____, 20__

(Đóng dấu) _____ (Công chứng) Quyền Hạn Của Tôi Chấm Dứt Vào _____

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý thỏa thuận hoàn lại này thay mặt cho _____
Sở Dịch Vụ Xã Hội.

Điều tra viên

Giám sát (không bắt buộc)