

Notification de décision à la suite de l'examen du TOP local

Département des services sociaux du comté de _____

Date : _____

Nom :

Adresse :

Chère/cher _____ :

La présente concerne une réclamation de _____ \$ pour des Services d'alimentation et de nutrition. Nous vous avons notifié(e) que, selon nos dossiers, vous êtes responsable de cette réclamation et nous avons l'intention d'en référer au Treasury Offset Program, ou TOP (programme de compensation du Trésor) en vue d'une déduction ou d'une interception des remboursements des impôts fédéraux ou d'autres paiements fédéraux couverts par le Treasury Offset Program. Vous avez demandé que nous examinions l'action envisagée. Nous avons examiné votre demande, y compris la documentation et/ou la preuve que vous avez fournie. Consultez la case cochée ci-dessous concernant notre décision.

Votre réclamation sera renvoyée

Nous avons déterminé que votre réclamation était en retard et légalement exécutoire. Par conséquent, **nous renvoyons votre réclamation** au pour l'interception de votre remboursement d'impôt et/ou un autre paiement fédéral parce que vous n'avez pas soumis une preuve suffisante pour contrecarrer notre décision.

Vous êtes autorisé(e) à demander une révision fédérale de notre décision. Cependant, votre demande doit être reçue dans les 30 jours à compter de la date de cette lettre. Si vous voulez cette révision, vous devez faire une demande par écrit à :

**TOP Coordinator
US Dept. of Agriculture/SNAP
Room 8T36
61 Forsyth St, SW
Atlanta, GA 30303**

NOTE : Votre requête doit inclure votre numéro de sécurité sociale.

Votre réclamation ne sera pas renvoyée

Nous avons déterminé par l'intermédiaire du TOP que votre réclamation n'était ni en retard ni légalement exécutoire. Par conséquent, **nous ne renverrons pas votre réclamation** au TOP à des fins d'interception.

Cordialement,

signé

Nom en lettres d'imprimerie

Adresse locale de la DSS

