

지역 TOP 검토 결정 통지서

카운티 사회복지부

날짜: _____

이름:
주소:

_____님께,

본 서신은 식품 및 영양 서비스에서 초과 지급된 \$ _____ 청구에 대한 통지서입니다. 당 기관은 당 기관의 기록에 의거하여 귀하가 본 청구 내용에 대한 책임이 있다는 사실을 통지했으며, 재무부 채무 상계 프로그램(Treasury Offset Program, TOP)에 따라 귀하의 연방 세금 환급금 또는 기타 연방 지급금으로부터 공제 또는 차압하기 위해 TOP에 관련 사실을 이첩하려 한다고 통지하였습니다. 이에 대응하여 귀하는 당 기관에 의도했던 조치에 대한 심사를 요청했습니다. 이에 따라, 당 기관은 귀하가 제공한 서류 및/또는 증빙 자료를 포함하여 귀하의 요청을 심사했습니다. 심사 결과 내려진 결정 사항은 아래 체크된 항목을 참조하십시오.

귀하의 청구는 이첩됩니다.

당 기관은 귀하에 대한 청구가 기한이 지났으며 합법적으로 집행가능하다고 결정을 내렸습니다. 이에 따라, 당 기관은 귀하가 해당 결정을 재고할 만한 충분한 증거를 제출하지 않았기 때문에 연방 세금 환급금 및/또는 기타 연방 지급금에 대한 차압을 위해 TOP에 해당 청구를 이첩합니다.

귀하는 해당 결정에 대해 연방 정부의 심사를 요청할 수 있습니다. 단, 본 서신일로부터 30일 이내에 귀하의 요청서가 접수되어야 합니다. 이러한 심사를 원하는 경우, 아래 담당자에게 요청해야 합니다.

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

참고: 요청서에는 귀하의 사회보장번호가 포함되어 있어야 합니다.

귀하의 청구는 이첩되지 않습니다.

당 기관은 귀하에 대한 청구가 기한이 지나지 않았거나 TOP을 통한 합법적으로 집행가능하지 않다고 결정을 내렸습니다. 이에 따라, 귀하의 청구건은 차압을 위한 목적으로 TOP에 이첩되지 않습니다.

감사합니다.

서명

이름(정자체)

지역 DSS 주소