

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE  
División de Servicios Sociales  
**CARTA DE NOTIFICACIÓN DE PAGO EXCESIVO DE BENEFICIOS**

Aviso de reclamación

ID Caso: \_\_\_\_\_

Tipo de reclamación:

ID Referencia: \_\_\_\_\_

Se ha determinado que usted o su grupo familiar recibieron \$ \_\_\_\_\_ en exceso de Beneficios de Servicios de Alimento y Nutrición a los que tenían derecho durante los meses de \_\_\_\_\_ debido a que: \_\_\_\_\_

Comuníquese con la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición del condado para pedir información sobre la manera en que determinamos el monto de este reclamo. El reclamo es igual a la diferencia entre lo asignado al grupo familiar y lo que el grupo familiar debería haber recibido. Es posible que los sueldos especificados por la Comisión de Seguridad de Empleo se hayan promediado para calcular el monto de esta reclamación.

- Si se ha marcado esta casilla, usted debe devolver el valor de los Servicios de Alimento y Nutrición adicionales que recibió.
- Si se ha marcado esta casilla, le adeudamos beneficios de meses anteriores. Por esta razón, el monto que debe ha reducido. Ahora debe \$ \_\_\_\_\_ en lugar del monto original que se indica arriba.

**Sus responsabilidades**

TODOS LOS ADULTOS DEL GRUPO FAMILIAR SON IGUALMENTE RESPONSABLES DE LA RECLAMACIÓN. Usted debe hacer todos los esfuerzos posibles para pagar el monto total que nos adeuda. Si todavía no ha hecho los arreglos para pagar el monto total y no puede pagarlo en este momento, se pueden hacer arreglos para establecer el pago total. La agencia puede reducir parte de la reclamo si considera que el grupo familiar no es capaz de pagarlo. Si actualmente está recibiendo Servicios de Alimento y Nutrición, y no ha hecho arreglos para hacer el pago total del monto adeudado, los beneficios de los Servicios de Alimento y Nutrición que recibe cada mes se reducirá en un 10%, o en \$10, lo que sea mayor, si es porque hubo un error administrativo o un error involuntario por parte del grupo familiar; o, 20%, o \$20, lo que sea mayor, por infracción intencional del programa, hasta que el reclamo se pague en su totalidad. Esta reducción puede cambiar si su asignación de beneficios de Servicios de Alimento y Nutrición cambia. Si usted deja de recibir beneficios, contacte a la oficina de su condado y pague el balance de este reclamo o pague de acuerdo a un convenio de pago aceptado por el condado dentro de un término de 30 días del mes en que recibió los últimos beneficios del programa. Usted puede hacer pagos adicionales en efectivo o a través de su cuenta EBT poniéndose en contacto con la oficina local de Servicios de Alimento y Nutrición.

Si no se establecen disposiciones por escrito para pagar el monto de la reclamación, la deuda será remitida al Departamento de Tesorería de Estados Unidos para cobrarla a través del programa de compensación de la tesorería.

Todos los adultos del grupo familiar son igualmente responsables por el reclamo. Si no se cobra de otra manera, el reclamo puede remitirse al Departamento de Justicia para que se inicie litigio.

**Proceso de audiencia justa**

A menos que el monto de la reclamación haya quedado previamente establecido en una audiencia, usted puede solicitar una audiencia justa de su caso si no está de acuerdo con el monto de la reclamación o el monto que se quiere recuperar o si la reclamación ha sido pagada en su totalidad. En la audiencia, usted podrá explicar por qué no está de acuerdo. Un funcionario de audiencias tomará una decisión en el caso. Usted puede continuar recibiendo Servicios de Alimento y Nutrición a la tasa actual si solicita la audiencia para el \_\_\_\_\_ a más tardar. Sin embargo, es posible que después se le exija que devuelva algunos de estos beneficios.

Tiene 90 días a partir de la fecha de esta carta, \_\_\_\_\_, para solicitar una audiencia. Si no solicita la audiencia para esta fecha a más tardar, no tendrá derecho a la misma. Para solicitar una audiencia justa comuníquese con la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición llamando al \_\_\_\_\_ o llene y envíe el formulario que aparece a continuación. También puede comunicarse con esta oficina para obtener más información sobre cómo funcionan las audiencias justas.

Si necesita ayuda para entender esta carta de notificación de pago excesivo, comuníquese con la unidad de integridad de programa en el Departamento de Servicios Sociales del condado indicado arriba.

Si desea una audiencia justa, llene este formulario, recórtelo y envíelo a: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que solicita la audiencia

Dirección

Número de teléfono donde podemos encontrarlo

Firma

Fecha

Quiero una audiencia justa porque \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO OFICIAL**

Referral ID. \_\_\_\_\_ Case ID. \_\_\_\_\_ Trabajador asignado al caso \_\_\_\_\_

Fecha de envío del aviso \_\_\_\_\_ Fecha de recepción de la solicitud \_\_\_\_\_ DSS8554 (Rev. 09/16)

**Letter of Overissuance - Spanish**  
Servicios Económicos y Familiares

EN EL REVERSO HAY MÁS INFORMACIÓN

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE  
División de Servicios Sociales  
CARTA DE NOTIFICACIÓN DE PAGO EXCESIVO

**Sus derechos**

Al grupo familiar se le da la oportunidad de una audiencia justa sobre la validez y el monto de la reclamación. En ese momento, el grupo familiar puede inspeccionar y copiar los registros de la agencia y revisar con la agencia las circunstancias relacionadas con el reclamo. Puede haber a su disposición asesoría legal gratis en su condado. Comuníquese con la agencia local de servicios legales para preguntarles.

**Disposición para el pago**

Si usted no está actualmente recibiendo Servicios de Alimento y Nutrición, y no ha establecido previamente disposiciones para el pago total, debe escoger un método de pago marcando la casilla correspondiente abajo. Luego debe firmar y enviar este formulario a la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición del condado dentro del término de 10 días. La oficina del condado debe aceptar este acuerdo de pago para que sea válido. Si usted no firma y envía este formulario dentro del término de 10 días, el condado iniciará otras medidas de recaudación. Si usted deja de pagar, aunque sea una sola cuota, este acuerdo queda anulado y sujeto a otras medidas de cobro, tales como, entre otras, medidas civiles en los tribunales, intercepción de pago federal, intercepción de reembolsos de impuestos sobre la renta estatales o embargo de sueldo. Este reclamo puede remitirse a una agencia privada de cobro donde a usted se le exigirá que pague la cantidad atrasada y los honorarios de procesamiento. Debe enviar el primer pago dentro del término 30 días después de la fecha de este aviso. El monto total de esta deuda se considera adeudado y pagadero si usted no cumple este acuerdo de pago (aunque deje de pagar un solo pago). Comuníquese con la oficina del condado llamando al número de teléfono que aparece en el lado opuesto de este formulario para obtener información sobre la manera y el lugar en que debe hacerse los pagos y las formas de pago que se aceptan.

- Acepto pagar toda la deuda de una sola vez en efectivo.
- Acepto hacer pagos mensuales de \$ \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de cada mes hasta pagar el monto total del reclamo.

Los reclamos de **Servicios de Alimentos y Nutrición** deben ser pagados en el término máximo de 36 meses y los pagos mensuales no pueden ser de menos de \$25.00. Para determinar el pago mínimo divida la cantidad adeudada entre 36. Contacte a su oficina local de **Servicios de Alimentos y Nutrición** si no puede hacer el pago mensual debido a las circunstancias en que se encuentra

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Aceptado por** \_\_\_\_\_

---