

벤더/공급자 초과지불 통지서

Vendor / Provider Overpayment Notice

1. 벤더/공급자의 이름과 주소

2. 날짜:	
3. 결제 시스템:	
4. 보고 단위: 또는 조직 인덱스:	
5. 결제 시스템의 벤더/공급자 ID: VR	
6. 다음 중 하나를 선택하세요.	
a. <input type="checkbox"/> SSPS. DSHS 18-399 SSPS 의뢰인/공급자 초과지불 산정 시트를 첨부해야 합니다. 가급적이면 초과지불 서식을 다음 인터넷 주소로 제출하십시오. http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofroverpaymentapp/	
b. <input type="checkbox"/> Non-SSPS. DSHS 18-399A 비-SSPS 의뢰인/벤더/공급자 초과지불 AFRS 코딩 산정 서식을 첨부해야 합니다.	
7. a. * 인증 번호:	
b. * 라인:	
c. * 접미사:	
8. * 서비스 설명:	
9. * 수혜자 이름:	

* “배수(Multiple)”에 대한 설명서를 확인하세요

10. 당국은 귀하가 _____로부터 _____에게 전달된 \$ _____의 물품 또는 서비스에 대한 초과지불금을 받았음을 확인했습니다.

11. 초과지불 오류: 벤더/공급자 부서

12. 초과지불에 대한 설명:

당국은 이 통지서를 수령한 날로부터 이십(20)일 이내에 지불금을 받아야 합니다. “DSHS/OFR”이 지불 대상인 수표 또는 우편환(모든 결제, 왕복서신, 전화 통화 시에 벤더/공급자 번호를 포함시)을 다음 주소로 보내십시오.

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)
ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR)
PO BOX 9501 MS 45862
OLYMPIA WA 98507-9501

상환을 위한 타협을 해야 한다면, 재무 회수국 벤더 회수 부서에게 전화하십시오.

(360) 664-5700

1-800-562-6114 (무료전화)

1-800-833-6388 (TTY-워싱턴 주 중계 서비스)

이 통지서 내용에 동의하지 않으시면 행정 심의회를 요청하실 수 있습니다. 요청서를 서면으로 작성하고 다음 내용을 포함시켜야 합니다.

- 귀하의 이름, 주소, 전화번호 및 벤더/공급자 번호(각 페이지에 기재할 것).
- 이 통지서 내용이 잘못되었다고 생각하는 이유를 기술하고 귀하의 생각을 뒷받침하는 증빙서류를 첨부하십시오.
- 이 통지서 수령일로부터 이십팔(28)일 이내에 재무 회수국(위 주소 참조)이 요청을 접수해야 합니다.
- 배달 증명 우편 반신 수령증(CMRRR) 또는 기타 추적 가능한 배달 서비스를 통해 배송해야 합니다.

당국은 본 초과지불금을 징수하기 위해 귀하의 사유재산 및 부동산에 대한 유치권 청구와 담보권 행사, 압류 및 매각, 보류 및 전달 명령서(차압) 또는 본 채무를 집행하는 데 필요한 기타 징수 조치를 취할 수 있습니다 (RCW 43.20B.675).

또한 본 초과지불금 징수에 관계되는 이자와 모든 비용을 귀하에게 부과할 수 있습니다(RCW 43.20B.695).

13. 담당 직원 전화번호

14. 담당 직원 이메일 주소

15. 담당 직원 이름 (정차제로 기입할 것)

벤더 초과지불 통지서, DSHS 18-398A 작성 설명서

완전한 벤더/공급자 초과지불 패키지에 포함시켜야 할 요소: a) DSHS 18-398A 서식, 벤더/공급자 초과지불 통지서 및 b) DSHS 18-399 서식, 사회복지사업 부정확 지불 산정서 또는 DSHS 18-399A 서식, 비-SSPS 의뢰인/벤더/공급자 초과지불 통지서 AFRS 코딩 산정서. 모든 서식은 다음 온라인 주소에서 이용하실 수 있습니다. <http://asd.dshs.wa.gov/FormsMan/FormPicker.aspx>. 모든 비-SSPS 초과지불 서식을 온라인에서 작성하여 vendorop@dshs.wa.gov로 이메일 첨부 문서로 발송해 주시거나 인쇄하여 MS 45862의 재무회수국(OFR) 또는 US 포스탈 서비스(USPS) 재무회수국(Office of Financial Recovery, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501)으로 캠퍼스 우편으로 보내주십시오.

SSPS 벤더/공급자 초과지불금을 위한 우선적인 입력 방법은 OFR 초과지불 웹 애플리케이션입니다.

<http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofoverpaymentapp/>

질문이 있거나 다른 지원이 필요하시면 다음 주소로 이메일을 보내 주십시오. vendorop@dshs.wa.gov

A. 초과지불 서식 작성하기 (타이핑 필수) (참고: 모든 항목이 필수 기재 항목입니다)

벤더/공급자에게 초과지불 서식 사본을 보내지 마십시오. OFR은 그들에게 부채에 대해 정확하게 통지할 것입니다.

1. 벤더/공급자의 이름과 주소: 계약서에 기재된 벤더/공급자의 이름과 비즈니스 주소를 적으십시오.
2. 날짜: 18-398A을 작성한 날짜를 입력하십시오.
3. 결제 시스템: 첫 결제를 할 때 사용한 결제 시스템을 입력하십시오. 예를 들면: SSPS (Social Service Payment System: 사회복지결제시스템), IOne (Individual ProviderOne), SSBP (Social Service Billing and Payment System: 사회복지 대금청구 및 결제 시스템) 또는 P1Med (ProviderOne Medical).
4. 보고 단위 또는 AFRS 조직 인덱스: 결제를 인증한 재무 회수국의 보고 단위 또는 AFRS 조직 인덱스를 입력하십시오.
5. 결제 시스템의 벤더/공급자 ID: 초과지불이 발생한 결제 시스템의 벤더/공급자 ID 번호를 입력한 후 접미사 "VR" (for Vendor Receivable: 수취 벤더용)을 입력합니다.
6. SSPS 또는 비-SSPS 중에서 체크할 박스를 선택하고 관련 산정 시트를 포함시킵니다.
SSPS – SSPS가 결제를 했다면 이 박스에 체크 표시 하십시오. DSHS 18-399 사회복지 부정확 결제 산정 서식을 첨부해야 합니다. 참고: 우선적인 입력 방법은 모든 SSPS 벤더/공급자 초과지불금에 대한 OFR 초과지불 웹 애플리케이션을 이용하는 것입니다. <http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofoverpaymentapp/>
 - a. 비-SSPS – SSPS가 결제를 하지 않았다면 이 박스에 체크 표시 하십시오. DSHS 18-399A 비-SSPS 의뢰인/벤더/공급자 초과지불 통지서 서식, AFRS 코딩 산정서를 첨부해야 합니다.
7. a. * 인증 번호: 해당 결제 시스템의 인증 번호를 입력하십시오. *관련된 인증이 두 개 이상이면 단어 "배수"를 입력하고 관련 산정 시트에 전부 기재하십시오.
b. * 인증 라인 번호: 해당 결제 시스템의 인증 라인 번호를 입력하십시오. *관련된 인증이 두 개 이상이면 단어 "배수"를 입력하고 관련 산정 시트에 전부 기재하십시오.
c. * 인증 접미사: 해당 결제 시스템의 인증 접미사 번호를 입력하십시오. *관련된 인증 접미사가 두 개 이상이면 단어 "배수"를 입력하고 관련 산정 시트에 전부 기재하십시오.
8. * 서비스 설명: 제공된 서비스에 대해 설명하십시오. *초과지불에 관련된 서비스 설명이 두 개 이상이면 단어 "배수"를 입력하고 관련 산정 시트에 전부 기재하십시오.
9. * 수혜자 이름: 초과지불과 관련된 서비스 수혜 DSHS 의뢰인. *초과지불에 관련된 서비스 수혜자가 두 명 이상이면 단어 "배수"를 입력하고 관련 산정 시트에 전부 기재하십시오.
10. 초과지불 서비스 기간과 금액: 초과지불이 발생한 시작과 종료 시간 그리고 초과지불금을 입력하십시오.
11. 초과지불 오류: 초과지불의 원인이 "벤더/공급자"와 "부서" 둘 중에서 어느 쪽에 있는지 체크 표시하십시오. 초과지불의 원인이 벤더/공급자에게 있으면 100달러 이상의 월이자가 초과지불금에 부과됩니다.
12. 초과지불에 대한 설명: 초과지불의 원인에 대해 간략히 설명합니다.
13. 담당 직원 전화번호: 귀하의 직통 전화번호를 포함시킵니다.
14. 담당 직원 이메일 주소: 귀하의 직장 이메일 주소를 포함시킵니다.
15. 담당 직원 이름: 이 박스에 귀하의 이름을 정자체로 기입하십시오.

B. 초과지불금 수정

초과지불금을 수정할 때, 초과지불 통지서 옛 서식에 "취소" 또는 다른 시기 정보를 쓰지 마십시오. 위에서 언급된 A섹션의 지침에 따라서 새 서식을 작성합니다. 오늘 날짜를 기입합니다.

박스 12에 다음 내용을 타이핑하십시오. "이것은 몇 월/몇 일/몇 년 초과지불금을 수정한 것입니다". 그 다음에 초과지불금을 수정하는 이유를 설명합니다. 이 정보는 어떤 부채를 수정해야 할지 OFR 직원이 명확하게 알게 하고 벤더/공급자에게도 도움이 될 것입니다.