

Departamento de Recursos Humanos de Georgia
Acuerdo De Reembolso Por Sobrepago

_____ Condado Departamento de Servicios para Familias y Niños

Nombre _____ Número AU _____

Dirección _____ Número de Garga del trabajador _____

Dirección _____ Número Telefónico _____

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE. ASEGURESE DE COMPRENDERLAS ANTES DE FIRMAR EL FORMULARIO. Si usted tiene cualquier pregunta, comuníquese con su trabajador social al número arriba indicado.

Comprendo que he recibido un sobrepago por la siguiente cantidad de \$ _____ de TANF FS.

Comprendo de que ésto es una deuda legal que debe ser pagada aunque no haya sido mi culpa. También comprendo de que toda persona en mi hogar que haya tenido 18 años de edad o más y haya recibido asistencia para el tiempo en que el sobrepago ocurrió, es responsable de pagar esta deuda.

Comprendo que si mi caso cierra, debo de hacer pagos regulares al Departamento de Servicios para Familias y Niños en el condado donde último recibí asistencia.

Comprendo que si los pagos no se reciben a tiempo después que mi caso cierre, mi reembolso sobre impuestos ya sean estatales y/o federales tanto como otros beneficios federales podrán ser retenidos para pagar esta deuda.

Comprendo que si se me deben beneficios por encima de mi porción asignada mensual, de meses pasados o para meses futuros, estos beneficios serán abonados a esta deuda.

Comprendo de que puedan haber otras deudas en mi expediente las cuales no se me han notificado anteriormente.

Márque las siguientes oraciones que le aplican a usted:

- Actualmente estoy recibiendo beneficios. Reconozco que un porciento establecido por ley será restado automaticamente cada mes para esta deuda. Reconozco que si mi caso cierra debo de hacer pagos regulares, y entonces debo de comunicarme con mi trabajador social para establecer exactamente los pagos que he de hacer para cierta fecha cada mes.
- Actualmente estoy recibiendo beneficios. Reconozco que un porciento será restado automaticamente de mis beneficios cada mes. Además de esa cantidad, deseo que cada mes se retenga la siguiente cantidad: _____
- Deseo pagar la cantidad completa de una vez.
- Mi caso está cerrado. Yo pagaré \$ _____ ahora, y \$ _____ cada mes comenzando (mes) _____ (día) _____ (año) _____. Pagaré esta cantidad mensualmente para el 15 de cada mes hasta que la deuda quede completamente pagada. NOTA: Usted PUEDE usar su cuenta EBT para hacer pagos contra estas deudas. Por favor comuníquese con el gerente de reclamo de casos en su condado.

Firma del Cliente Fecha

Firma del Gerente de Casos Fecha