

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 automáticamente 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 automáticamente 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