

Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
División de Servicios para Niños y Familias

**Acuerdo de reembolso de reclamos**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LEA ATENTAMENTE LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN. ASEGÚRESE DE  
COMPRENDERLAS ANTES DE FIRMAR EL FORMULARIO.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el gerente de reclamos de su condado o región al \_\_\_\_\_.

Entiendo que he recibido un sobrepago por la siguiente cantidad de  
\$ Haga clic o toque aquí para ingresar texto. en el Elija un artículo. programa.

Entiendo que se trata de una deuda legal que debo pagar, aunque no haya sido culpa mía. También entiendo que todos los miembros de mi hogar que tenían 18 años o más y que recibían asistencia en el momento en que ocurrió el sobrepago son responsables de pagar esta deuda.

Entiendo que si mi caso se cierra, debo hacer pagos mínimos mensuales al Departamento de Servicios para Familias y Niños en el condado donde recibí ayuda por última vez.

Entiendo que si los pagos no se reciben a tiempo después de que se cierre mi caso, mi reembolso de impuestos estatales o mi reembolso de impuestos federales y ciertos otros beneficios federales podrán ser retenidos para pagar esta deuda.

Entiendo que si se me adeudan beneficios, además de mi asignación mensual regular, de meses pasados o en meses futuros, estos beneficios se aplicarán a esta deuda.

Entiendo que también puedo usar los beneficios de mi tarjeta EBT para realizar pagos.

**Seleccione una de las opciones que se detallan a continuación y devuelva este acuerdo de reembolso dentro de los 14 días posteriores a la fecha de este aviso.**

- Mi caso esta cerrado.** Mi primer pago se realizará el \_\_\_\_\_. Entiendo que cada pago a partir de entonces vencerá dentro de los 30 días posteriores al pago anterior.
- Ahora estoy recibiendo beneficios. Sé que un porcentaje que ha sido establecido por ley se restará automáticamente de esta deuda cada mes. Sé que si mi caso se cierra, debo comenzar a hacer el pago mensual mínimo de \$ \_\_\_\_\_ cada 30 días a partir del mes posterior al cierre del caso.
- Recibo beneficios ahora. Sé que se restará un porcentaje de mis beneficios cada mes. Además de esa cantidad, quiero que se retenga la siguiente cantidad cada mes: \_\_\_\_\_
- Quiero pagar el monto total de una vez mediante cheque certificado o giro postal.
- Me gustaría pagar mi reclamo usando los beneficios de mi cuenta EBT.  
**(Al recibir este acuerdo, se le proporcionarán formularios adicionales).**

Entiendo que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia podrá usar otros métodos de cobro para asegurar el pago de mi deuda, y por la presente doy mi consentimiento para el uso de este Acuerdo como evidencia en mi contra para el pago de mis deudas por sobre cualquier situación, incluyendo acciones penales y civiles, relacionadas con los montos adeudados. También entiendo que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia puede autorizar al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Ingresos de Georgia a retener cualquier reembolso que se me deba para pagar mi deuda si no hago los pagos según lo programado anteriormente.

Entiendo que este acuerdo no excluye el enjuiciamiento criminal o acción civil, incluso si se pagan todos los saldos pendientes y se determina que he cometido una infracción intencional del programa clasificada como fraude según los estatutos estatales y federales.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del administrador de reclamos

\_\_\_\_\_  
Fecha