

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programas de Independencia Familiar (FI) y Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)
/Integridad de Beneficios

ACUERDO RESPECTO AL RECLAMO DE FI/SNAP

Nombre de Caso: _____ Número de Caso: _____

Clasificación del Reclamo: Agencia (AG) Cliente (CL) Número de Secuencia: _____

Programa: FI SNAP

Cantidad Pagada en Exceso de lo Debido: \$ _____

Periodo de Tiempo en que se Realizaron Pagos en Exceso: _____ hasta _____

Fecha en que se Estableció que se Habían Realizado Pagos en Exceso: _____

El Departamento de Servicios Sociales del condado de _____ ha determinado que su hogar recibió beneficios de los programas FI o SNAP a los cuales usted no tenía derecho. La agencia puede reducir la cantidad de este reclamo si la agencia determina razonablemente que las circunstancias económicas de usted indican que el reclamo no puede pagarse en su totalidad dentro de un plazo de tres años.

Se ha determinado que las circunstancias de su hogar, las cuales se detallan a continuación, hacen que sea difícil que se pague este reclamo dentro de un plazo de tres años:

La cantidad aprobada del acuerdo es: \$ _____

El saldo pendiente que se debe al DSS por este reclamo es: \$ _____

Si no se realizan pagos mensuales regulares por la cantidad de _____ antes del día _____ de cada mes, a partir de _____, y el reclamo incurre en mora, sin aviso adicional la agencia puede restablecer la cantidad original del reclamo por los pagos en exceso.

(Mes, día, año)

Firma del Especialista en Reclamos de Integridad de Beneficios

Firma del Deudor

Fecha

Fecha

Firma del Director del Condado

Fecha