

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