

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programas de Independencia Familiar (FI) y Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)/Integridad de Beneficios
ACUERDO DE PAGOS Y RECONOCIMIENTO DE DEUDA

Nombre de Caso: _____ N° de Caso: _____ Condado: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____

Cantidad Pagada en Exceso de lo Debido:

Sec. Clase

_____ \$ _____ en el programa de Independencia Familiar (FI) durante el periodo de tiempo que va desde _____ hasta _____.

_____ \$ _____ en el programa de SNAP durante el periodo de tiempo que va desde _____ hasta _____.

_____ \$ _____ en el programa de los Servicios de Apoyo (Supportive Services) durante el periodo de tiempo que va desde _____ hasta _____.

Por la presente reconozco la deuda que le debo al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (SCDSS) por la cantidad indicada arriba. Acepto realizar pagos según lo indicado a continuación:

Si actualmente recibo beneficios, para pagar mi deuda cada mes entiendo que se están reduciendo mis beneficios por la cantidad de

10% o \$10, lo que sea mayor, para el programa _____, a partir de _____.

20% o \$20, lo que sea mayor, por pagos en exceso de lo debido que se califican de infracción intencional por fraude del programa de SNAP, a partir de _____.

Entiendo que esta reducción continuará cada mes en que reciba beneficios hasta que sea pagada en su totalidad mi deuda (incluyendo otras secuencias de reclamos pendientes del mismo programa). **Entiendo que si dejo de recibir beneficios antes de que mi deuda sea pagada en su totalidad, tengo que realizar pagos utilizando uno de los métodos detallados a continuación.**

Acepto aumentar el porcentaje por el cual mis beneficios se reducen mensualmente a:

_____ % o \$ _____ para el programa SNAP, a partir de _____.

_____ % o \$ _____ para el programa FI, a partir de _____.

Entiendo que esta reducción continuará cada mes en que reciba beneficios hasta que sea pagada en su totalidad mi deuda o hasta que rescinda este acuerdo con el Especialista en Reclamos de Integridad de Beneficios. **Entiendo que si dejo de recibir beneficios antes de que mi deuda sea pagada en su totalidad, tengo que realizar pagos utilizando uno de los métodos detallados a continuación.**

Acepto realizar pagos mensuales en efectivo o por giro postal o cheque certificado por la cantidad de \$ _____ a partir de _____ (mes) _____ (día) _____ (año) o a partir del mes en que se cierre mi caso. Los pagos continuarán realizándose antes del día _____ de cada mes, hasta que la deuda sea pagada en su totalidad. Entiendo que los pagos pueden aplicarse a cualquier deuda pendiente de los programas de FI o SNAP de la cual yo soy responsable.

Entiendo que puedo pagar mi deuda del programa de SNAP con los beneficios que tengo en mi cuenta EBT. Entiendo que usar mi cuenta EBT es totalmente voluntario. Entiendo que este acuerdo para pagar mi deuda con mi cuenta EBT quedará en vigor hasta que mi deuda pendiente sea pagada en su totalidad o hasta que yo rescinda el acuerdo, lo que ocurra primero. **Para rescindir el proceso de realizar pagos mensuales de mi cuenta EBT entiendo que la petición debe hacerse por escrito y debe ser presentada al Especialista en Reclamos de Integridad de Beneficios (BICS por sus siglas en inglés) del condado de _____.**

Acepto realizar un pago único de mi cuenta EBT por la cantidad de \$ _____.

Acepto realizar pagos mensuales de mi cuenta EBT por la cantidad de \$ _____.

Entiendo que el SCDSS puede usar otros métodos de cobro para asegurar el pago de mi deuda. Por la presente doy mi autorización para que este Acuerdo se use como prueba en mi contra para llevar a cabo el pago de la(s) susodicha(s) deuda(s) y para cualquier situación, incluyendo demandas penales y civiles, relacionada con y/o que involucre las cantidades que se deban. Además entiendo que si no realizo pagos de acuerdo con la programación detallada arriba, para asegurar el pago de mi deuda el SCDSS puede autorizar al Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS por sus siglas en inglés) y/o al Departamento de Rentas Públicas de Carolina del Sur y/o a la Lotería de Educación de Carolina del Sur que retenga cualquier reembolso que se me deba.

Si se determina que he perpetrado una violación intencional del programa, la que se califica de fraude bajo las leyes estatales y federales, entiendo que este acuerdo no excluye la interposición de una acción penal o una demanda civil, aunque todos los saldos pendientes se hayan pagado.

Firma del Deudor: _____ Fecha: _____

Firma del BICS: _____ Fecha: _____