



State of Illinois - Department of Human Services
Bureau of Child Care and Development

PARENT/GUARDIAN OVERPAYMENT CHANGE NOTICE

Date:

Parent/Guardian:

RE: Child Care Overpayment

Case Number:
NOTICE OF CHANGE

Dear:

The Illinois Department of Human Services has reviewed the facts and circumstances regarding an overpayment notice issued to you on . The notice concerned payment(s) issued for child care assistance for the month(s) of .

We have recalculated the amount you need to reimburse the Illinois Department of Human Services. The correct amount due is . The attached Overpayment Calculation Worksheet explains the total amount that we believe was overpaid, the period during which the overpayment occurred, and the reason for the overpayment.

You must repay this overpayment within 30 days of the date of this letter. Please send your payment to:

**State of Illinois
Department of Human Services
Bureau of Collections
P.O. Box 19502
Springfield, Illinois 62794-9502**

If you cannot pay the full amount, you must make acceptable repayment arrangements to repay the debt to avoid further collection action by the Department. If you wish to make repayment arrangements, please contact 217/785-7786. If you do not make acceptable repayment arrangements or file a timely appeal, the Department will take further action. The action will include referral of your account to a private collection agency. Also, State payments due you such as, but not limited to, income tax refunds will be withheld to recover the amount of the overpayments. To avoid this claim being referred for further collection action, you must make a repayment agreement and honor the terms of the agreement.

Enclosure

CC: CCR&R
Bureau of Collections
File



AVISO DE CAMBIO POR EXCESO DE PAGO A PADRE / TUTOR

Fecha:

Padre/Tutor:

RE: Exceso de Pagos Por Cuidado de Niños

Número del Caso: _____

AVISO SOBRE EL CAMBIO

Estimado(a): _____

El Departamento de Servicios Humanos de Illinois ha revisado los hechos y circunstancias con relación al aviso sobre exceso de pagos que usted recibió el _____. El aviso con relación a los pago(s) que usted recibió para asistencia por cuidado de niños para los mes(es) de _____.

Hemos calculado de nuevo la cantidad que usted debe reembolsar al Departamento de Servicios Humanos de Illinois. La cantidad correcta que debe es _____. La Hoja de Cálculos del exceso de pagos que se incluye explica la cantidad actual que creemos es el exceso de pagos, el período durante el cual ocurrió y la razón del exceso de pagos.

Usted debe devolver este exceso de pagos dentro de los 30 días de la fecha de esta carta. Por favor envíe su pago a:

**State of Illinois
Department of Human Services
Bureau of Collections
P.O. Box 19502
Springfield, Illinois 62794-9502**

Si no puede pagar la cantidad completa, usted debe hacer arreglos de reembolso aceptables para reembolsar la deuda y evitar acciones de recaudación adicionales por el Departamento. Si usted desea hacer arreglos para reembolso, por favor llame al 217/785-7786. Si no hace arreglos de reembolso aceptables o registra una apelación a tiempo, el Departamento tomará acción adicional. La acción incluirá referir su cuenta a una agencia de recaudación privada. También, los pagos estatales que se le deban a usted, pero no se limitan a, reembolsos por impuestos de ingresos, serán retenidos para recuperar la cantidad del exceso de pagos. Para evitar que este reclamo sea referido para recaudación adicional, usted debe hacer un acuerdo para el reembolso y honrar los términos del acuerdo.

Anexo

CC: CCR&R
Oficina de Recaudaciones
Archivo