



Acuerdo Para Reembolsar Fondos del Programa Servicios en el Hogar

CONSIDERANDO QUE: _____ (Beneficiario)

FEIN / Número de Seguro Social: _____, persona que hizo la transacción / con domicilio en _____

ha recibido pagos del Departamento de Servicios Humanos - División Servicios de Rehabilitación (DHS-DRS), 400 West Lawrence, P.O. Box 19429, Springfield, Illinois 62794-9429, para los cuales el beneficiario no tenía derecho,

CONSIDERANDO QUE, durante el periodo de _____ hasta _____ la División Servicios de Rehabilitación pagó al beneficiario \$ _____ y, CONSIDERANDO QUE el beneficiario reconoce que los \$ _____ no debían ser pagados a él o ella y que el beneficiario debe dicha suma a la División Servicios de Rehabilitación y desea hacer un acuerdo para pagar dicha cantidad.

POR LO TANTO AHORA, el beneficiario está de acuerdo en reembolsar dicha cantidad a la División Servicios de Rehabilitación bajo los siguientes términos:

1. PAGO MENSUAL. beneficiario debe pagar _____ pagos mensuales consecutivos, el primer pago de \$ _____ y un pago final de \$ _____.

2. LUGAR DE PAGOS. Los pagos deben ser hechos al "State of Illinois", "Division of Rehabilitation Services" y enviados o entregados a: DHS-Bureau of Collections, P.O. Box 19502, Basement, Springfield, IL 62794 Attn: Accounts Receivable.
3. CAMBIO DE DIRECCIÓN O NOMBRE. Cualquier cambio de dirección o nombre debe ser comunicado por escrito a la otra parte dentro de los 10 días del cambio.
4. NO PAGOS O DEMORAS. Si no hace un pago cuando se vence, entonces debe pagar todo el resto del balance inmediatamente. Además, si el beneficiario entra en proceso de bancarrota, entonces se vence el balance no pagado que todavía debe y tiene que pagar toda la cantidad inmediatamente. Si hay alguna acción civil para cobrar alguna suma vencida no pagada bajo este Acuerdo, la División Servicios de Rehabilitación y el Estado de Illinois debe tener derecho a cobrar los gastos incurridos por los servicios de abogados.
5. FECHA EFECTIVA. Este Acuerdo debe ser efectivo en la fecha en que se ha firmado por todas las partes necesarias y debe permanecer en efecto hasta que la cantidad de la deuda vencida sea pagada completamente.
6. PAGOS CON ANTICIPACIÓN. Nada en este Acuerdo debe prohibir que en cualquier momento se pague con anticipación toda o parte de la cantidad que se debe. Sin embargo, pagos con anticipación parciales no deben afectar la obligación que tiene el beneficiario de continuar pagando, como se detalla en el párrafo 1, hasta que la cantidad total sea pagada completa.
7. EXONERACIÓN. Al pagarse toda la deuda, la División Servicios de Rehabilitación debe entregar al beneficiario una exoneración completa e incondicional de todos los reclamos y causantes de esta acción que resultó de este acuerdo.

EN FE DE LO CUAL, las partes están de acuerdo con todos los términos y condiciones indicados arriba.

 Fecha

 Beneficiario (Por favor firme aquí)

 Número de Teléfono

 Beneficiario (Por favor escriba su nombre en letra de molde)

 Fecha

 Supervisor de Fraude
 Programa Servicios en el Hogar DHS-DRS

Distribución: Original - Fondos Malgastados
 Copia - Beneficiario
 Copia - Expediente