**Aviso de Recuperación de Sobrepago de Wisconsin Works (W-2)**

WISCONSIN WORKS (W-2) OVERPAYMENT RECOUPMENT NOTICE

La información personal que proporcione se puede usar para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m) Wisconsin Statutes].

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Número de caso: | | Número de Seguro Social: | |
| Dirección de domicilio: | Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| Agencia W-2: | | Trabajador de W-2: | | Fecha: |

|  |
| --- |
| Con anterioridad se le informó que se le había abonado un sobrepago en los pagos de Wisconsin Works (W-2) en el periodo comprendido entre el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. La agencia W-2 le informó del periodo de sobrepago y del monto total que debe reembolsar. Este sobrepago se debe a:  Error de la agencia  Error del grupo familiar  Infracción intencionada del programa  Wisconsin Statute s. 49.195(3) autoriza a la agencia W-2 a recuperar de manera inmediata todos los sobrepagos de W-2. Es posible que ya se le haya notificado un sobrepago anterior. Este monto se suma a cualquier otro sobrepago de W-2 que deba en la actualidad. |

Para recuperar este sobrepago, reduciremos su pago de W-2 en 10% del pago bruto. Sin embargo, si el sobrepago se debe a una infracción intencionada del programa, reduciremos su pago de W-2 según el siguiente programa:

|  |  |
| --- | --- |
| **Si su sobrepago de W-2** **es de:** | **El monto de recuperación de W-2** **será:** |
| menos de $300 | 10% del pago bruto de W-2 |
| mínimo $300, pero menos de $1,000 | $75 al mes |
| mínimo $1,000, pero menos de $2,500 | $100 al mes |
| $2,500 o más | $200 al mes |

Si desea hacer un pago voluntario adicional, póngase en contacto con el trabajador arriba indicado.

|  |
| --- |
| **SU DERECHO A UNA DETERMINACIÓN DE HECHOS DE W-2**:  Puede solicitar una Revisión de Determinación de Hechos de W-2, **en un plazo de 45** **días** a partir de la fecha de la decisión, si no está de acuerdo con la decisión de W-2. (Esta solicitud debe ser independiente de cualquier solicitud de Audiencia Imparcial para beneficios de Medicaid o de cupones de alimentos). Puede solicitar una Revisión de Determinación de Hechos escribiendo a su trabajador o a la agencia W-2. Un determinador de hechos de W-2 revisará su caso. LOS SERVICIOS DE W-2 NO CONTINUARÁN HASTA QUE SE TOME UNA DECISIÓN SOBRE LA DETERMINACIÓN DE HECHOS. Si usted o su representante no comparecen a la Revisión de Determinación de Hechos sin buen motivo, su solicitud se considerará abandonada y será desestimada.  Si no está de acuerdo con la decisión de Determinación de Hechos de la agencia W-2, puede solicitar una Revisión Departamental. Debe solicitar una Revisión Departamental en un plazo de 15 días a partir de la fecha de la decisión sobre la Determinación de Hechos. No se aceptarán solicitudes fuera del plazo. Para solicitar una Revisión Departamental, envíe una solicitud por escrito a: Department of Administration, Division of Hearings and Appeals,  P. O. Box 7875, Madison, WI 53707-7875.  Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con su trabajador en la agencia W-2. |

White: Participant Yellow: Case Record

**RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD**