

# PLAN DE REEMBOLSO A LA CUENTA DE SOBREPAGOS

K-BEN 899-A (7-18)

Yo, el suscrito \_\_\_\_\_ (escriba su nombre completo en letra de molde)

Los últimos 4 dígitos de su número de seguro social XXX-XX-\_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

por medio de la presente estoy de acuerdo en hacer pagos voluntariamente por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ al mes al Departamento Laboral de Kansas para repagar un sobrepago de beneficios de seguro de desempleo. Haré mis pagos en o antes del día ~~XXXXXXXXXX~~ el mes, de cada mes hasta que el saldo sea pagado en su totalidad. Entiendo que los pagos deben ser recibidos en: Kansas Department [ f Labor – Recuperación de Valores, 401 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66603-3182 – en o antes de la fecha de vencimiento.

Al firmar este acuerdo, también indico que entiendo y acepto lo siguiente:

- Este arreglo continuará hasta que mi sobrepago de beneficios de seguro de desempleo hayan sido repagados en su totalidad. Sigue siendo mi obligación de controlar y determinar cuándo se realice el pago final.
- Interés, a una tasa de 1.5 por ciento por mes de acuerdo con K.S.A. 44-719 (2) puede ser adherido a todo o parte del sobrepago restante.
- Mi obligación puede incluir costos de corte y otros costos de recuperación según lo permita la ley.
- Puedo hacer pagos adicionales o un pre-pago de la totalidad o de cualquier cantidad adeudada en cualquier momento.
- Un pago final bajo este acuerdo puede ser mayor o menor que la cantidad del pago periódico pero es mi obligación de ponerme en contacto con el Departamento Laboral de Kansas para determinar la cantidad final y para hacer cualquier pago pendiente.
- El Departamento Laboral de Kansas no ha acordado el no solicitar mi reembolso por cualquier otro medio legal, incluyendo pero no limitado a la presentación de embargos preventivos, gravámenes, garantías o acción civil, incluyendo el embargo de los salarios u otros bienes incluso mientras hago los pagos bajo este acuerdo.

Al marcar esta caja autorizo al Departamento de Labor del Estado de Kansas para correspondencia sobre este asunto a la siguiente dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo el original de este acuerdo y su pago inicial a la dirección indicada anteriormente. Guarde una copia para sus registros y**

La dirección de arriba es para enviar o hacer pagos solamente. Nadie está disponible en esta dirección para aconsejarle sobre su cuenta.