

أقسم أو أؤكد أنا، _____، أن الأموال المستخدمة لدعم أي من وكل عمليات الدفع الخاصة ببرنامج
(اسمك)

Surplus Program التي أجريت من حسابي بالنيابة عن _____
(اسم متلقي خدمات برنامج Medicaid/مقدم الطلب إلى برنامج Surplus Program)

تم دفعها لي من قبل المتلقي المذكور اسمه أعلاه.
(رقم الحالة)

علاقتي بمتلقي خدمات برنامج Medicaid هي _____

بالتوقيع على هذه الشهادة، أشهد أنا بأن الإفادات المذكورة أعلاه حقيقية وصحيحة وكاملة مع الإدراك الكامل بأن عدم القيام بالإبلاغ بالحقيقة قد يؤدي إلى فقدان المخصصات المقدمة من برنامج Medicaid للمتلقي أعلاه.

(التاريخ)	(توقيعك)	
(عنوان الشارع الذي تسكن فيه)		
(مدينتك وولايتك والرمز البريدي الخاص بك)		
(رقم الهاتف الخاص بك)		

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.