

VËRTETIMI I PËRDORIMIT TË FONDEVE TË PËRFITUESIT



MAP-3107a (AL) 11/18/2024

Unë, _____, betohem ose pohoj se, fondet e përdorura për të mbështetur secilën dhe të gjitha
(Emri juaj)

pagesat e Programit të të Ardhurave Shtesë (Surplus Program) të kryera nga llogaritë e mia në emër të _____
(Emri i përfituesit të Medicaid-it/aplikantit të Programit të të Ardhurave Shtesë)

_____ mi sono stati forniti dal beneficiario sopra indicato.
(Numri i çështjes)

Marrëdhënia ime me përfituesin e Medicaid-it është _____

Me nënshkrimin e këtij vërtetimi, unë vërtetoj se deklaratat e mësipërme janë të vërteta, të sakta dhe të plota, dhe e kuptoj plotësisht që nëse nuk them të vërtetën, mund të humbas përfitimet për përfituesin e mësipërm të Medicaid-it.

(Firma juaj)		(Data)
(Adresa juaj)		
(Qyteti, shteti dhe kodi juaj postar)		
(Numri juaj i telefonit)		

A keni ndonjë problem shëndetësor ose problem të shëndetit mendor apo aftësi të kufizuara?

A jua vështirëson kjo gjendje të kuptuarit e këtij njoftimi apo kryerjen e veprimeve që ju kërkohen nëpërmjet këtij njoftimi? A jua vështirëson kjo gjendje përfitimin e shërbimeve të tjera në HRA?

Ne mund t'ju ndihmojmë. Na telefononi në numrin 888-692-6116. Gjithashtu, ju mund të kërkoni ndihmë duke u paraqitur pranë një zyre të HRA-së. Ju gëzoni të drejtën ta kërkoni këtë lloj ndihme në përputhje me ligjin.