

প্রাপকের ফান্ড ব্যবহারের সত্যতা প্রদান



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

আমি, _____, শপথ করছি ও নিশ্চিত করছি যে উপরে উল্লিখিত প্রাপক আমাকে _____
(আপনার নাম) (Medicaid প্রাপক/Surplus Program আবেদনকারীর নাম)

_____ এর হয়ে আমার অ্যাকাউন্ট থেকে করা যে কোনো এবং সমস্ত Surplus Program এর পেমেন্টে পেমেন্টে
(কেসের নম্বর)

আমার অ্যাকাউন্ট থেকে করা হয়েছে।

Medicaid প্রাপকের সাথে আমার সম্পর্ক হল _____

এই প্রত্যয়নটি স্বাক্ষর করার সাথে সাথে আমি শংসিত করছি যে উপরের বিবৃতিটি সত্য, সঠিক এবং সম্পূর্ণরূপে এই অনুধাবন সহ যে সত্যটি বলতে ব্যর্থ হলে উপরোক্ত Medicaid প্রাপক সুবিধা হারাবেন।

(আপনার স্বাক্ষর)	(তারিখ)
(আপনার রাস্তার ঠিকানা)	
(আপনার শহর, প্রদেশ এবং জিপ কোড)	

(আপনার টেলিফোন নম্বর)

আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কী HRA এর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। 888-692-6116** এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।