

**ATTESTATION DE L'UTILISATION DES FONDS DU
BÉNÉFICIAIRE**



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

Je soussigné(e), _____, jure ou affirme que les fonds utilisés pour financer de quelconques et
(votre nom)

tous les paiements du Surplus Program versés de mes comptes au nom de _____
(nom du bénéficiaire Medicaid /personne demandant à bénéficier du Surplus Program)

_____ m'ont été fournis par le bénéficiaire susnommé.
(référence de dossier)

Ma relation avec le bénéficiaire Medicaid est _____

En signant cette attestation, je certifie que les déclarations ci-dessus sont véridiques, exactes et exhaustives, et comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner la radiation du bénéficiaire Medicaid susnommé.

(votre signature)	(date)
(votre adresse)	
(ville, État et code postal)	
(votre numéro de téléphone)	

Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 888-692-6116. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.