

SÈTIFIKA POU ITILIZASYON FON RESEVWA



Mwen menm, _____, sèmanste oswa, lajan pou peye pou soutni nenpòt ak tout peman
(Non ou)

Surplus Program ki te fèt sou kont mwen an pou _____
(Non Benefisyè Medicaid / Aplikan Surplus Program)

_____ moun non li anwo a te bay mwen.
(Nimewo Dosye a)

Relasyon mwen ak Benefisyè Medicaid la se _____

Depi mwen siyen atestasyon sa a, sa vle di mwen sètifye deklarasyon yo ki anwo a se verite, yo kòrèk, yo konplè epi mwen konprann byen si yo pa verite benefisyè non li endike anwo a ka pèdi avantaj Medicaid li yo.

(Siyen non ou la)		(Dat la)
(Adrès Kay ou)		
(Vil, Eta, ak Kòd Postal ou)		
(Nimewo Telefòn Ou)		

Èske ou gen yon pwoblèm medikal oswa sante mantal oswa andikap? Èske pwoblèm sa a fè li difisil pou ou konprann avi sa a oswa sa avi sa a mande pu ou fè? Èske pwoblèm sa a sa fè l difisil pou ou pou jwenn lòt sèvis nan HRA? **Nou kapab ede ou.** Rele nou nan nimewo 888-692-6116. Ou ka mande pou èd tou lè w vizite biwo HRA a. Ou gen dwa pou mande kalite èd sa a dapre lalwa.