

ATTESTAZIONE DELL'UTILIZZO DEI FONDI DEL BENEFICIARIO



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

Io, _____, giuro o affermo che i fondi utilizzati per sostenere qualsiasi e
(Nome)

tutti i pagamenti del Programma Surplus effettuati dai miei conti per conto di _____
(Nome del beneficiario Medicaid/richiedente del Programma Surplus)

_____ mi sono stati forniti dal beneficiario sopra indicato.
(Numero caso)

Il mio rapporto con il beneficiario di Medicaid è _____

Nel firmare questa attestazione, certifico che le dichiarazioni di cui sopra sono vere, corrette e complete, con la piena consapevolezza che la mancata dichiarazione della verità potrebbe comportare la perdita dei benefici per il suddetto beneficiario Medicaid.

(Firma)		(Data)	
(Indirizzo)			
(Città, Stato e codice postale)			
(Numero di telefono)			

Presenta una condizione medica o di salute mentale oppure una disabilità? Questo problema di salute le impedisce di comprendere questo avviso o di fare ciò che le viene richiesto? Questo problema di salute le impedisce di usufruire di altri servizi presso l'Ufficio delle risorse umane (Human Resources Administration, HRA)? **Possiamo aiutarla.** Ci chiami al numero 888-692-6116. Può anche chiedere aiuto presentandosi di persona presso un ufficio HRA. Secondo la legge ha il diritto di richiedere questo genere di assistenza.