

수취인 자금 사용 증명



본인, _____(은)는, _____(을)를 대신해 본인의 계좌에서 일부
(본인 이름) (Medicaid 수령인/잉여 프로그램 신청인 이름)

및 모든 잉여 프로그램 지급 지원하기 위해 사용된 자금이 상기 수령 _____에 의해 본인에게
(케이스 번호)

제공되었음을 맹세 또는 단언합니다.

Medicaid 수령인에 대한 본인의 관계는 _____입니다.

이 증명서에 서명함으로써 본인은 진실을 말하지 않는 경우 상기 Medicaid 수령인의 혜택이 상실될 수 있음을 완전히 이해하며 위의 진술이 진실이며 정확하고 온전함을 증명합니다.

(서명)		(날짜)
(도로 주소)		
(시, 주, 우편번호)		

(전화번호)

의학적 또는 정신적 상태나 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 HRA에서 기타 서비스를 받기 어려우십니까? **저희가 도와 드리겠습니다. 888-692-6116. 번으로 전화하십시오. HRA 사무소를 방문하실 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 해당 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.**