

**ZAŚWIADCZENIE WYKORZYSTANIA FUNDUSZY  
ŚWIADCZENIOBIORCY**



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

Ja, \_\_\_\_\_, przysięgam lub oświadczam, że środki użyte, jako pokrycie wszystkich  
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

płatności w ramach programu Surplus Program dokonane z mojego konta w imieniu \_\_\_\_\_  
(Nazwisko świadczeniobiorcy Medicaid /  
wnioskodawcy programu Surplus Program)

\_\_\_\_\_ zostały przekazane mi przez wyżej wymienionego świadczeniobiorcę.  
(Nr sprawy)

Moja relacja/pokrewieństwo z świadczeniobiorcą Medicaid to \_\_\_\_\_

Podpisując niniejsze poświadczenie, potwierdzam, że powyższe stwierdzenia są prawidłowe, prawdziwe i kompletne, przy pełnym zrozumieniu, że oświadczanie nieprawdy może skutkować utratą świadczeń przez powyższego świadczeniobiorcę Medicaid.

|                                            |  |        |
|--------------------------------------------|--|--------|
|                                            |  |        |
| (Podpis wnioskodawcy)                      |  | (Data) |
| (Ulica wnioskodawcy)                       |  |        |
| (Miasto, stan i kod pocztowy wnioskodawcy) |  |        |
| (Numer telefonu wnioskodawcy)              |  |        |

**Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie?** Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)?  
**Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 888-692-6116. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.