

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕНЕЖНЫХ
СРЕДСТВ ПОЛУЧАТЕЛЯ**



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

Я, _____, клянусь или подтверждаю, что средства, используемые для осуществления всех
(Ваши имя и фамилия)

без исключения платежей по Surplus Program с моих счетов в интересах _____
(Имя и фамилия получателя услуг Medicaid / кандидата на Surplus Program)

_____, были предоставлены мне указанным выше получателем.
(Дело №)

Я прихожусь получателю услуг Medicaid _____

Подписывая настоящее подтверждение, я гарантирую, что приведенные выше сведения являются верными, точными и полными, полностью понимая, что предоставление ложных сведений может привести к тому, что вышеуказанный получатель услуг Medicaid будет лишен льгот.

(Ваша подпись)		(Дата)
(Ваш адрес: улица, дом, квартира)		
(Ваш город, штат, индекс)		
(Ваш номер телефона)		

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA? Мы сможем Вам помочь. Позвоните нам по номеру 888-692-6116. Вы также сможете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.