

# CERTIFICACIÓN DE USO DE FONDOS DEL BENEFICIARIO



Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo que los fondos usados para financiar todos los pagos del  
(Su nombre)

Surplus Program realizados de mis cuentas en nombre de \_\_\_\_\_  
(Nombre del beneficiario de Medicaid/solicitante del Surplus Program)

\_\_\_\_\_ me fueron proporcionados por el beneficiario arriba mencionado.  
(Número de caso)

Mi relación con el beneficiario de Medicaid es \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas, correctas y completas, y comprendo completamente que no decir la verdad podría dar lugar a la pérdida de beneficios para el beneficiario de Medicaid antes mencionado.

(Su firma)	(Fecha)
(Su dirección postal)	
(Su ciudad, estado y código postal)	
(Su número de teléfono)	

**¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica?** ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? **Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al 888-692-6116. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.