

受援资金使用证明



本人， _____， 宣誓并确认， 用于支持任何和所有 Surplus Program 付款的资金均来自代表
(您的姓名)

_____ 的本人账户， 且由上述领用人
(Medicaid 领用人/Surplus Program 申请人姓名) (个案号码)

提供给我。

我与 Medicaid 领用人的关系为 _____

在此证明上签字， 即表示本人确认以上叙述真实、准确、完整， 且本人完全了解不实叙述会导致上述 Medicaid 领用人失去福利。

(您的签名)	(日期)

(您所在的街道地址)	

(您所在的城市、州及邮政编码)	

(您的电话号码)

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？ 此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求事情？ 此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？ **我们可助您一臂之力。** 致电 888-692-6116 联系我们。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。