

受援资金使用证明



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

本人 _____，宣誓或確認，用於支援任何及所有 Surplus Program 的付款資金，均來自於代表
(您的姓名)

_____ 的本人帳戶，且是由上方列名的領用人
(Medicaid 領用人/Surplus Program 申請人姓名) (□ □ □ □)

提供給我。

我與 Medicaid 領用人的關係為 _____

在此證明書上簽名，即表示本人確認上述敘述真實無誤，且本人完全瞭解若陳述不實可導致上述 Medicaid 領用人失去其福利。

(您的簽名)		(日期)
(您的街道地址)		
(您的城市、州及郵遞區號)		
(您的電話號碼)		

您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？ 此問題是否使得您難以瞭解此通知或完成此通知所要求事情？此問題是否使您難以取得 HRA 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力。** 致電 888-692-6116 聯絡我們。您也可以前往 HRA 辦公室尋求協助。根據法律，您有權尋求此類協助。