

توثیق کی استعمال کے فنڈز کے کنندہ وصول

میں، _____، حلف اٹھاتا ہوں یا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ، کسی بھی اور سبھی
(آپ کا نام)

زائد پروگرام _____ کی جانب سے اپنے اکاؤنٹس سے
(Medicaid وصول کنندہ/فاضل آمدنی پروگرام کے درخواست دہندہ کا
نام)

ادائیگیاں کی گئی ہیں۔ _____ اوپر درج شدہ وصول کنندہ کی جانب سے مجھے فراہم کی گئی۔
(کیس نمبر)

میرا Medicaid وصول کنندہ سے رشتہ _____ ہے

اس تصدیق پر دستخط کرنے میں، میں یہ تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا بیانات صحیح، درست اور مکمل ہیں نیز اس بات کی پوری سمجھ بوجھ ہے کہ سچ بیان کرنے میں ناکامی کا نتیجہ مذکورہ بالا Medicaid وصول کنندہ کے لیے فوائد سے محرومی کی شکل میں برآمد ہو سکتا ہے۔

(آپ کا دستخط)	(تاریخ)
(آپ کا اسٹریٹ کا پتہ)	
(آپ کا شہر، ریاست اور زپ کوڈ)	

(آپ کا ٹیلیفون نمبر)

کیا آپ کو طبی یا دماغی صحت کی پریشانی یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 888-692-6116 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔