

געלט ערהאלטער פון באנוץ פון באשטעטיגונג



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

איך, _____, שווער אדער באהויפט אז, די געלט וואס איז גענוצט געווארן צו שטיצן סיי
(אייער נאמען)

וועלכע און אלע סורפלאס פראגראם צאלונגען וואס זענען געמאכט געווארן פון מיינע אקאונטס פאר _____

(נאמען פון Medicaid ערהאלטער/

סארפלאס פראגראם אפליקאנט)

זענען צוגעשטעלט געווארן צו מיר דורך די אויבנדערמאנטע ערהאלטער.

(קעיס נומער)

מיין פארבינדונג צום Medicaid ערהאלטער איז _____

מיטן אונטערשרייבן די באשטעטיגונג, טו איך וועריפירן אז די דערקלערונגען אויבן זענען אמת, ריכטיג, און פולקאם מיטן פולן פארשטאנד אז דאס
נישט זאגן דעם אמת קען ברענגען צו פארלירן בענעפיטס פאר די אויבנדערמאנטע Medicaid ערהאלטער.

(דאטום)	(אייער אונטערשריפט)	
(אייער גאס אדרעס)		
(אייער סיטי, סטעיט און זיפ-קאד)		

(אייער טעלעפאן נומער)

האט איר א מעדיצינישע אדער גייסטישע געזונטהייט צושטאנד אדער דיסאביליטי? מאכט די צושטאנד שווער פאר
איין צו פארשטיין די מעלדונג אדער צו טון וואס דער מעלדונג בעט? מאכט די צושטאנד שווער פאר איין צו באקומען
אנדערע סערוויסעס ביי HRA? מיר קענען איין העלפן. רופט אונז אויף 888-692-6116. איר קענט אויך בעטן הילף
ווען איר באזוכט אן HRA אפיס. איר האט א רעכט צו פארלאנגען פאר דעם סארט הילף לויט די געזעץ.