

التاريخ:

اسم الحالة:

رقم الحالة:

إذا كانت لديك أية أسئلة، فاتصل بخط المعلومات الخاص بإدارة الموارد البشرية
888-692-6116 على الرقم (HRA)

عزيزنا

يجب أن يكمل هذا النموذج مقدم الطلب أو المتلقي الذي يعيش مع القريب المسؤول قانونيًا (LRR) الذي رفض توفير الدخل و/أو الموارد المتاحة لتكلفة الرعاية والخدمات الطبية اللازمة. والأقارب المسؤولون قانونيًا هم: الأزواج (على سبيل المثال الزوج والزوجة للزوج) والوالدان للأطفال أقل من سن 21.

لا يعفى القريب المسؤول قانونيًا عن توفير الموارد المالية لرعاية زوجته/زوجها أو طفله. وتتوقع إدارة الخدمات الاجتماعية من الأقارب المسؤولين قانونيًا أن يتعاونوا مع عملية إثبات الدخل وموارد الشخص المسؤول قانونيًا من أجل تحديد المبالغ التي يتعين على الأقارب المسؤولين قانونيًا دفعها. يجوز مقاضاة الأقارب المسؤولين قانونيًا أمام المحكمة بسبب عدم دعم أزواجهم/زوجاتهم أو أطفالهم الفصّر. قد يؤدي الإخفاق في تقديم المعلومات المالية المطلوبة أيضًا إلى إحالة القريب المسؤول قانونيًا إلى المحكمة.

أكمل الجدول أدناه، بما في ذلك توقيعك والتاريخ، وأعد هذا النموذج بالكامل في الطرف المرفق في غضون 10 أيام

أقر أنا (الاسم بأحرف واضحة) _____		_____ (الاسم الأول)		أن _____ (اسم العائلة)	
☐ زوجتي/زوجي ☐ أحد الأبوين ☐ شخص آخر، يرجى التحديد: قد رفض إتاحة دخله/دخلها و/أو موارده لتكلفة الرعاية والخدمات الطبية الضرورية. لقد قرأت ما سبق وأفهم أن عملية المراجعة المالية وتحصيل ديون Medicaid من قريبي المسؤول قانونيًا تبدأ عندما أوقع على هذا النموذج.					
اسم القريب المسؤول قانونيًا _____		_____ (الاسم الأول)		_____ (اسم العائلة)	
رقم الضمان الاجتماعي للقريب المسؤول قانونيًا: _____					
وبالنظر في تحديد أهليتي للحصول على المساعدة الطبية (Medical Assistance)، أعين بموجب هذه الوثيقة، لمفوض إدارة الموارد البشرية بمدينة نيويورك (قسم الخدمات الاجتماعية)، حقي في الحصول على الدعم من القريب المسؤول قانونيًا المذكور أعلاه.					
اسم برنامج الرعاية الصحية الخاص بالقريب المسؤول قانونيًا (إذا كان ينطبق) _____					
نوع تغطية الرعاية الصحية (أى رعاية طويلة المدى): _____					
رقم البوليصا (إذا كان ينطبق): _____					
رقم جهة الاتصال: () _____ (رمز الدائرة)					
توقيع مقدم الطلب/المستلم: _____ التاريخ: _____					
Section		Title		Worker's Name	
Supervisor's Name (Sign)				Supervisor's Name (Print)	

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.