

**DEKLARACJA WNIOSKODAWCY/ŚWIADCZENIOBIORCY DOTYCZĄCA
DOCHODU/ZASOBÓW KREWNEGO ODPOWIEDZIALNEGO PRAWNIE**



DATA: _____

NAZWA SPRAWY: _____

NUMER SPRAWY: _____

**W przypadku jakichkolwiek pytań należy zadzwonić
do HRA Helpline pod numer 888-692-6116**

Szanowny Panie / Szanowna Pani _____!

Niniejszy formularz wypełnia wnioskodawca lub świadczeniobiorca mieszkający z krewnym odpowiedzialnym prawnie (Legally Responsible Relative, LRR), który odmówił udostępnienia dochodu i/lub zasobów na pokrycie kosztów niezbędnej opieki medycznej i usług. Krewni odpowiedzialni prawnie to: małżonkowie (np. mąż w stosunku do żony, żona w stosunku do męża) oraz rodzice dzieci w wieku poniżej 21 roku życia.

Krewni odpowiedzialni prawnie nie są zwolnieni z obowiązku zapewnienia zasobów finansowych na opiekę nad małżonkami lub dziećmi. Wydział Usług Społecznych (Department of Social Services) oczekuje współpracy od krewnych odpowiedzialnych prawnie podczas procesu potwierdzania dochodów i zasobów odpowiedzialnego krewnego w celu ustalenia kwoty, którą krewni odpowiedzialni prawnie są zobowiązani pokryć. **Krewni odpowiedzialni prawnie mogą zostać pozwani do sądu za niewywiązanie się z obowiązku zapewnienia wsparcia małżonkom i niepełnoletnim dzieciom.** Nieprzekazanie wymaganych informacji finansowych może również skutkować pozwaniem do sądu.

Należy wypełnić poniższą tabelę, włączając podpis oraz datę, a następnie zwrócić cały formularz w załączonej kopercie w ciągu 10 dni.

Ja (imię i nazwisko drukowanymi literami) _____ oświadczam, że mój/moja (Imię) (Nazwisko)		
<input type="checkbox"/> Małżonek(-ka) <input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Inna osoba, określić: _____ odmówił(a) udostępnienia dochodu i/lub zasobów na pokrycie kosztów niezbędnej opieki medycznej oraz usług. Przeczytałem (-am) powyższe informacje i rozumiem, że proces przeglądu finansowego i windykacji moich długów Medicaid od krewnego odpowiedzialnego prawnie rozpocznie się po podpisaniu tego formularza.		
Imię i nazwisko krewnego odpowiedzialnego prawnie: _____ (Imię) (Nazwisko)		
Numer ubezpieczenia społecznego krewnego odpowiedzialnego prawnie: _____		
W odniesieniu do ustalenia mojego uprawnienia do pomocy medycznej niniejszym przyznaję Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services), moje prawo do wsparcia od krewnego odpowiedzialnego prawnie wskazanego powyżej.		
Nazwa ubezpieczenia zdrowotnego krewnego odpowiedzialnego prawnie (jeśli dotyczy)		
Rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego (np. opieka długoterminowa): _____		
Numer polisy (jeśli ma dotyczy): _____		
Numer kontaktowy: () _____ (Numer kierunkowy)		
Podpis wnioskodawcy/świadczeniobiorcy: _____		Data: _____
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 888-692-6116. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.