

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

日期:

个案名称:

个案号码:

尊敬的

负有法律责任亲属不得免除其为配偶或子女的护理提供财务资源的责任。社会服务局 (Department of Social Services) 希望负有法律责任亲属配合, 以证实其收入和收入来源, 从而确定负有法律责任亲属需要支付的金额。**若负有法律责任亲属未能为配偶或未成年子女提供财务支持, 可能会遭到起诉。未能提供所需财务信息也可能导致负有法律责任亲属被起诉。**

本人（正楷姓名）_____（名字）_____（姓氏）_____声明，本人的

☐ 配偶 ☐ 家长 ☐ 其他, 请注明:

拒绝将其收入和/或收入来源用于支付本人必要的医疗护理和服务费用。本人已阅读上述内容，并了解自本人在此表上签名之后，就本人 Medicaid 债务而向本人负有法律责任亲属执行的财务审查和催收程序便已开始。

负有法律责任亲属的姓名：_____（名字）_____（姓氏）

负有法律责任亲属的社会安全号码:

考虑到为确认本人获得医疗援助资格的需要，本人特此将本人从上述负有法律责任亲属处获取财务支持的权利转让给 Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services)。

负有法律责任亲属加入的健康护理计划的名称（如适用）

医疗保险的类型（例如，长期护理）：

保单号码（如适用）：

联系电话：（ ）
（电话区号）

申请人/领用人签名: _____ 日期: _____

MAP-2161 (SC) 03/28/2023

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？ 此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求事情？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可助您一臂之力。** 致电 888-692-6116 联系我们。您也可以造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。