

التاريخ: _____

اسم الحالة: _____

رقم الحالة: _____

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

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 للزوجة 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 القصر. 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)		
<input type="checkbox"/> زوجتي/زوجي <input type="checkbox"/> أحد الأبوين <input type="checkbox"/> 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 _____ (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 212-331-4640. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.