Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-2161b (A) 01/10/2024

إخطار إلى القريب المسؤول قانونيًا لمتلقي برنامج MEDICAID

التاريخ:_____ _____

رقم الحالة:_____ _____

تاريخ دخول المستشفى:_____ _____

_____

إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخط مساعدة Medicaid على الرقم: 888-692-6116.

عميلنا العزيز:

نرسل إليك هذا الخطاب لإخطارك بأنه قد تمت الموافقة على حالة برنامج Medicaid لـ:_____

نص قانون الخدمات الاجتماعية لولاية نيويورك (New York State Social Services Law SSL)، القسم 366(3)(a)، على أنه إذا تم تقديم المساعدة (Medicaid) إلى فرد يرفض قريبه المسؤول قانونيًا توفير دخله و/أو موارده مقابل تكلفة الرعاية والخدمات الطبية اللازمة، فسيتم إنشاء عقد ضمني مع القريب المسؤول قانونيًا.

ويمكن لمكتب إدارة الشؤون القانونية في إدارة الموارد البشرية (Human Resources Administration Office of Legal Affairs) أن يسترد تكاليف الرعاية والخدمات الطبية اللازمة من القريب المسؤول قانونيًا عن طريق المحكمة المختصة.

Telephone Number/رقم الهاتف	Location/Unit/الموقع/الوحدة	Supervisor/المشرف

هل تعاني من إعاقة أو حالة طبية أو حالة صحية عقلية؟ هل هذه الحالة تجعلُ من الصعب عليك فهم هذا الإشعار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل هذه الحالة تجعل من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى توفرها HRA؟ **يمكننا مساعدتك.** اتصل بنا على الرقم **888-692-6116**. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارة أحد مكاتب HRA. لديك الحق في طلب هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.