MEDICAID 수령자의 법적으로 책임이 있는 친척 대상 통지서

Human Resources Administration
Department of Social Services

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

날짜:_____

케이스 번호:_____

입원일:_____

_____

_____

_____

_____

문의 사항이 있는 경우 Medicaid 헬프라인에 888-692-6116번으로 전화해주십시오.

고객님께:

다음의 고객을 대상으로 한 Medicaid 케이스가 승인되었음을 알려드리기 위해 본 서신을 보냅니다:

_____

뉴욕주 사회보장 서비스 법(New York State Social Services law) 섹션 SSL 366(3)(a)에 따라, 해당인의 필수적인 치료 및 서비스 비용을 지불하기 위해 법적으로 책임이 있는 친척이 본인의 수입 및/또는 재산을 사용하는 것을 거부한 개인에게 지원(Medicaid)이 제공되는 경우, 법적으로 책임이 있는 친척과 암묵적 계약이 이루어지게 됩니다.

법적으로 책임이 있는 친척으로부터 필수적인 치료 및 서비스 비용을 되돌려 받으려면 인적자원관리국 법무실이 적절한 관할권이 있는 법원을 통해 진행해야 합니다.

감독자/Supervisor	지역/부서/Location/Unit	전화번호/Telephone Number

의학적, 정신적 질환 또는 장애를 겪고 계십니까? 그러한 질환으로 인해 이 통지서 내용을 이해하기 어렵거나, 이 통지서에서 요청하는 대로 수행하기 어렵습니까? 그러한 질환 때문에 HRA에서 제공하는 기타 서비스를 이용하기 어렵습니까? **저희가 도와 드리겠습니다. 888-692-6116**번으로 전화해주십시오. 또한 HRA 사무실에 직접 방문하여 도움을 요청할 수 있습니다. 해당 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.