

**AVISO A UN FAMILIAR LEGALMENTE RESPONSABLE DE
UN BENEFICIARIO DE MEDICAID**



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

FECHA: _____

NÚMERO DE CASO: _____

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: _____

Si tiene alguna pregunta, llame a la línea de ayuda de Medicaid al: 888-692-6116.

Estimado consumidor:

Le notificamos que un caso de Medicaid fue aprobado para: _____

La Ley de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, SSL Sección 366(3)(a) establece que, si se da asistencia (Medicaid) a una persona cuyo familiar legalmente responsable se niega a poner sus ingresos o recursos a disposición para cubrir los costos de atención médica y servicios necesarios, se crea un contrato implícito con el familiar legalmente responsable.

La Oficina de Asuntos Legales de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) podrá exigir la recuperación de los costos de atención médica y servicios necesarios al familiar legalmente responsable por medio del tribunal de la jurisdicción pertinente.

Supervisor/Supervisor	Sede/Unidad/Location/Unit	Número de teléfono/Telephone Number

¿Tiene alguna condición médica o de salud mental o alguna discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición obtener otros servicios de la HRA? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al **888-692-6116**. También puede pedir ayuda en una oficina de la HRA. Por ley, usted tiene derecho a pedir este tipo de ayuda.