

**ATTESTATION OF USE OF RECIPIENT FUNDS**



I, \_\_\_\_\_, swear or affirm that, the funds used to support any and all  
(Your Name)

Surplus Program payments made from my accounts on behalf of \_\_\_\_\_  
(Name of Medicaid Recipient/Surplus Program Applicant)

\_\_\_\_\_ were provided to me by the above named recipient.  
(Case Number)

My relationship to the Medicaid Recipient is \_\_\_\_\_

In signing this attestation, I certify that the statements above are true, correct, and complete with the full understanding that failing to tell the truth could result in loss of benefits for the above Medicaid recipient.

_____ (Your Signature)		_____ (Date)
_____ (Your Street Address)		
_____ (Your City, State and Zip Code)		
_____ (Your Telephone Number)		

**Do you have a medical or mental health condition or disability?** Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 888-692-6116. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo que los fondos usados para financiar todos los pagos del  
(Su nombre)

Surplus Program realizados de mis cuentas en nombre de \_\_\_\_\_  
(Nombre del beneficiario de Medicaid/solicitante del Surplus Program)

\_\_\_\_\_ me fueron proporcionados por el beneficiario arriba mencionado.  
(Número de caso)

Mi relación con el beneficiario de Medicaid es \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas, correctas y completas, y comprendo completamente que no decir la verdad podría dar lugar a la pérdida de beneficios para el beneficiario de Medicaid antes mencionado.

(Su firma)		(Fecha)
(Su dirección postal)		
(Su ciudad, estado y código postal)		
(Su número de teléfono)		

**¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al 888-692-6116. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.

本人 \_\_\_\_\_，宣誓或確認，用於支援任何及所有 **Surplus Program** 的付款資金，均來自於代表  
(您的姓名)

\_\_\_\_\_ 的本人帳戶，且是由上方列名的領用人  
(Medicaid 領用人/Surplus Program 申請人姓名) (個案號碼)

提供給我。

我與 Medicaid 領用人的關係為 \_\_\_\_\_

在此證明書上簽名，即表示本人確認上述敘述真實無誤，且本人完全瞭解若陳述不實可導致上述 **Medicaid** 領用人失去其福利。

(您的簽名)	(日期)
(您的街道地址)	
(您的城市、州及郵遞區號)	
(您的電話號碼)	

**您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？** 此問題是否使得您難以瞭解此通知或完成此通知所要求事情？此問題是否使您難以取得 **HRA** 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力。** 致電 **888-692-6116** 聯絡我們。您也可以前往 **HRA** 辦公室尋求協助。根據法律，您有權尋求此類協助。

Mwen menm, \_\_\_\_\_, sèmante oswa, lajan pou peye pou soutni nenpòt ak tout peman  
(Non ou)

Surplus Program ki te fèt sou kont mwen an pou \_\_\_\_\_  
(Non Benefisyè Medicaid / Aplikan Surplus Program)

\_\_\_\_\_ moun non li anwo a te bay mwen.  
(Nimewo Dosye a)

Relasyon mwen ak Benefisyè Medicaid la se \_\_\_\_\_

Depi mwen siyen atestasyon sa a, sa vle di mwen sètifye deklarasyon yo ki anwo a se verite, yo kòrèk, yo konplè epi mwen konprann byen si yo pa verite benefisyè non li endike anwo a ka pèdi avantaj Medicaid li yo.

(Siyen non ou la)		(Dat la)
(Adrès Kay ou)		
(Vil, Eta, ak Kòd Postal ou)		
(Nimewo Telefòn Ou)		

**Èske ou gen yon pwoblèm medikal oswa sante mantal oswa andikap? Èske pwoblèm sa a fè li difisil pou ou konprann avi sa a oswa sa a mande pou ou fè? Èske pwoblèm sa a sa fè l difisil pou ou pou jwenn lòt sèvis nan HRA? **Nou kapab ede ou.** Rele nou nan nimewo 888-692-6116. Ou ka mande pou èd tou lè w vizite biwo HRA a. Ou gen dwa pou mande kalite èd sa a dapre lalwa.**

Я, \_\_\_\_\_, клянусь или подтверждаю, что средства, используемые для осуществления всех  
(Ваши имя и фамилия)

без исключения платежей по Surplus Program с моих счетов в интересах \_\_\_\_\_  
(Имя и фамилия получателя услуг Medicaid / кандидата на Surplus Program)

\_\_\_\_\_, были предоставлены мне указанным выше получателем.  
(Дело №)

Я прихожусь получателю услуг Medicaid \_\_\_\_\_

Подписывая настоящее подтверждение, я гарантирую, что приведенные выше сведения являются верными, точными и полными, полностью понимая, что предоставление ложных сведений может привести к тому, что вышеуказанный получатель услуг Medicaid будет лишен льгот.

(Ваша подпись)		(Дата)
(Ваш адрес: улица, дом, квартира)		
(Ваш город, штат, индекс)		
(Ваш номер телефона)		

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA? Мы сможем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 888-692-6116. Вы также сможете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.

본인, \_\_\_\_\_(은)는, \_\_\_\_\_(을)를 대신해 본인의 계좌에서 일부  
(본인 이름) (Medicaid 수령인/잉여 프로그램 신청인 이름)

및 모든 잉여 프로그램 지급 지원하기 위해 사용된 자금이 상기 수령 \_\_\_\_\_에 의해 본인에게  
(케이스 번호)

제공되었음을 맹세 또는 단언합니다.

Medicaid 수령인에 대한 본인의 관계는 \_\_\_\_\_입니다.

이 증명서에 서명함으로써 본인은 진실을 말하지 않는 경우 상기 Medicaid 수령인의 혜택이 상실될 수 있음을 완전히 이해하며 위의 진술이 진실이며 정확하고 온전함을 증명합니다.

(서명)	(날짜)
(도로 주소)	
(시, 주, 우편번호)	
(전화번호)	

**의학적 또는 정신적 상태나 장애가 있으십니까?** 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 HRA에서 기타 서비스를 받기 어려우십니까? 저희가 도와 드리겠습니다. 888-692-6116. 번으로 전화하십시오. HRA 사무소를 방문하실 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 해당 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.

أقسم أو أؤكد أنا، \_\_\_\_\_، أن الأموال المستخدمة لدعم أي من وكل عمليات الدفع الخاصة ببرنامج  
(اسمك)

Surplus Program التي أجريت من حسابي بالنيابة عن \_\_\_\_\_  
(اسم متلقي خدمات برنامج Medicaid/مقدم الطلب إلى برنامج Surplus Program)

تم دفعها لي من قبل المتلقي المذكور اسمه أعلاه.  
(رقم الحالة)

علاقتي بمتلقي خدمات برنامج Medicaid هي \_\_\_\_\_

بالتوقيع على هذه الشهادة، أشهد أنا بأن الإفادات المذكورة أعلاه حقيقية وصحيحة وكاملة مع الإدراك الكامل بأن عدم القيام بالإبلاغ بالحقيقة قد يؤدي إلى فقدان المخصصات المقدمة من برنامج Medicaid للمتلقي أعلاه.

(التاريخ)	(توقيعك)
(عنوان الشارع الذي تسكن فيه)	
(مدينتك وولايتك والرمز البريدي الخاص بك)	

(رقم الهاتف الخاص بك)

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 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.

আমি, \_\_\_\_\_, শপথ করছি ও নিশ্চিত করছি যে উপরে উল্লিখিত প্রাপক আমাকে \_\_\_\_\_  
(আপনার নাম) (Medicaid প্রাপক/Surplus Program আবেদনকারীর নাম)

\_\_\_\_\_ এর হয়ে আমার অ্যাকাউন্ট থেকে করা যে কোনো এবং সমস্ত Surplus Program এর পেমেন্টে পেমেন্টে  
(কেসের নম্বর)

আমার অ্যাকাউন্ট থেকে করা হয়েছে।

Medicaid প্রাপকের সাথে আমার সম্পর্ক হল \_\_\_\_\_

এই প্রত্যয়নটি স্বাক্ষর করার সাথে সাথে আমি শংসিত করছি যে উপরের বিবৃতিটি সত্য, সঠিক এবং সম্পূর্ণরূপে এই অনুধাবন সহ যে সত্যটি বলতে ব্যর্থ হলে উপরোক্ত Medicaid প্রাপক সুবিধা হারাবেন।

(আপনার স্বাক্ষর)		(তারিখ)
(আপনার রাস্তার ঠিকানা)		
(আপনার শহর, প্রদেশ এবং জিপ কোড)		
(আপনার টেলিফোন নম্বর)		

**আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী?** এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কী HRA এর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** 888-692-6116 এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।



Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, jure ou affirme que les fonds utilisés pour financer de quelconques et  
(votre nom)

tous les paiements du Surplus Program versés de mes comptes au nom de \_\_\_\_\_  
(nom du bénéficiaire Medicaid /personne demandant à bénéficier du Surplus Program)

\_\_\_\_\_ m'ont été fournis par le bénéficiaire susnommé.  
(référence de dossier)

Ma relation avec le bénéficiaire Medicaid est \_\_\_\_\_

En signant cette attestation, je certifie que les déclarations ci-dessus sont véridiques, exactes et exhaustives, et comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner la radiation du bénéficiaire Medicaid susnommé.

(votre signature)		(date)
(votre adresse)		
(ville, État et code postal)		
(votre numéro de téléphone)		

**Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ?** Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 888-692-6116. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.

Ja, \_\_\_\_\_, przysięgam lub oświadczam, że środki użyte, jako pokrycie wszystkich  
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

płatności w ramach programu Surplus Program dokonane z mojego konta w imieniu \_\_\_\_\_  
(Nazwisko świadczeniobiorcy Medicaid /  
wnioskodawcy programu Surplus Program)

\_\_\_\_\_ zostały przekazane mi przez wyżej wymienionego świadczeniobiorcę.  
(Nr sprawy)

Moja relacja/pokrewieństwo z świadczeniobiorcą Medicaid to \_\_\_\_\_

Podpisując niniejsze poświadczenie, potwierdzam, że powyższe stwierdzenia są prawidłowe, prawdziwe i kompletne, przy pełnym zrozumieniu, że oświadczanie nieprawdy może skutkować utratą świadczeń przez powyższego świadczeniobiorcę Medicaid.

(Podpis wnioskodawcy)		(Data)
(Ulica wnioskodawcy)		
(Miasto, stan i kod pocztowy wnioskodawcy)		
(Numer telefonu wnioskodawcy)		

**Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie?** Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 888-692-6116. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.

本人，\_\_\_\_\_，宣誓并确认，用于支持任何和所有 Surplus Program 付款的资金均来自代表  
(您的姓名)

\_\_\_\_\_ 的本人账户，且由上述领用人  
(Medicaid 领用人/Surplus Program 申请人姓名) (个案号码)

提供给我。

我与 Medicaid 领用人的关系为\_\_\_\_\_

在此证明上签字，即表示本人确认以上叙述真实、准确、完整，且本人完全了解不实叙述会导致上述 Medicaid 领用人失去福利。

(您的签名)	(日期)
(您所在的街道地址)	
(您所在的城市、州及邮政编码)	
(您的电话号码)	

**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。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。

میں، \_\_\_\_\_، حلف اٹھاتا ہوں یا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ، کسی بھی اور سبھی (آپ کا نام)

زائد پروگرام \_\_\_\_\_ کی جانب سے اپنے اکاؤنٹس سے (آپ کا نام)  
(Medicaid وصول کنندہ/فاضل آمدنی پروگرام کے درخواست دہندہ کا نام)

ادائیگیاں کی گئی ہیں۔ \_\_\_\_\_ اوپر درج شدہ وصول کنندہ کی جانب سے مجھے فراہم کی گئی۔ (کیس نمبر)

میرا Medicaid وصول کنندہ سے رشتہ \_\_\_\_\_ ہے

اس تصدیق پر دستخط کرنے میں، میں یہ تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا بیانات صحیح، درست اور مکمل ہیں نیز اس بات کی پوری سمجھ بوجھ ہے کہ سچ بیان کرنے میں ناکامی کا نتیجہ مذکورہ بالا Medicaid وصول کنندہ کے لیے فوائد سے محرومی کی شکل میں برآمد ہو سکتا ہے۔

(تاریخ)	(آپ کا دستخط)
(آپ کا اسٹریٹ کا پتہ)	
(آپ کا شہر، ریاست اور زپ کوڈ)	
(آپ کا ٹیلیفون نمبر)	

کیا آپ کو طبی یا دماغی صحت کی پریشانی یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 888-692-6116 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔