

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ О ДОХОДАХ/РЕСУРСАХ
ЮРИДИЧЕСКИ ОТВЕТСТВЕННОГО РОДСТВЕННОГО

ДАТА: _____

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА: _____

НОМЕР ДЕЛА: _____

**По любым вопросам обращайтесь в справочную
службу HRA HelpLine по номеру 888-692-6116**

Уважаемый(-ая) _____!

Настоящая форма заполняется заявителем или получателем, проживающим с юридически ответственным родственником (Legally Responsible Relative, LRR), отказавшимся предоставить доходы и/или ресурсы для оплаты необходимой медицинской помощи и услуг. Юридически ответственными родственниками являются супруги (например, муж для жены и жена для мужа) и родители для детей моложе 21 года.

Юридически ответственный родственник не освобождается от обязанности предоставить финансовые ресурсы для оплаты ухода за его/ее супругом/супругой или ребенком. Департамент социальных служб (Department of Social Services) ожидает от юридически ответственного родственника участия в процессе подтверждения его/ее доходов и ресурсов для определения сумм, которые он/она должен(-на) будет уплатить. **Юридически ответственные родственники могут быть привлечены к суду за отказ содержать своих супругов или несовершеннолетних детей.** Непредоставление запрошенной финансовой информации также может привести к тому, что юридически ответственный родственник будет привлечен к суду.

Заполните приведенную ниже таблицу, поставьте свою подпись и дату и верните настоящую форму во вложенном конверте в течение 10 дней.

Я (имя и фамилия печатными буквами) _____ (Имя) _____ (Фамилия) заявляю, что мой (моя)

☐ Супруг(-а) ☐ Родитель ☐ Другое (укажите): _____

отказался(-ась) предоставлять свои доходы и/или ресурсы для оплаты необходимой медицинской помощи и услуг. Я прочитал(-а) изложенное выше и понимаю, что после того как я подпишу эту форму, начнется процесс финансового анализа и взыскания моего долга по программе Medicaid с моего юридически ответственного родственника.

Имя и фамилия юридически ответственного родственника: _____ (Имя) _____ (Фамилия)

Номер социального обеспечения юридически ответственного родственника: _____

В целях установления моего соответствия критериям участия в программе Medical Assistance, я настоящим передаю уполномоченному департаменту социальных служб Управления по трудовым ресурсам г. Нью-Йорк (Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services)) мое право на получение материальной поддержки от указанного выше юридически ответственного родственника.

Название плана медицинского обслуживания юридически ответственного родственника (если применимо) _____

Тип медицинского страхования (например, долгосрочное): _____

Номер полиса (если применимо): _____

Контактный телефон: () _____
(Код зоны)

Подпись заявителя/получателя: _____ Дата: _____

Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)

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.