

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO SOBRE LOS
RECURSOS/INGRESOS DEL FAMILIAR LEGALMENTE RESPONSABLE

FECHA: _____

NOMBRE DEL CASO: _____

NÚMERO DE CASO: _____

**Si tiene alguna pregunta, llame a la HRA HelpLine
al 888-892-6116**

Estimado _____

Este formulario debe ser completado por el solicitante o beneficiario que vive con un Legally Responsible Relative, LRR que se haya negado a poner sus ingresos o recursos a disposición para el costo de la atención médica y los servicios necesarios. Los familiares legalmente responsables son los cónyuges (p. ej., esposo o esposa) y los padres de hijos menores de 21 años.

El familiar legalmente responsable no está exento de proporcionar los recursos financieros para el cuidado de su cónyuge o de sus hijos. El Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) espera que el familiar legalmente responsable colabore con el proceso de justificar los ingresos y recursos de dicho familiar para determinar los montos que tendrá que pagar. **Los familiares legalmente responsables deberán comparecer ante el tribunal si no cumplen con el sustento de su cónyuge o de sus hijos menores de edad.** Si el familiar legalmente responsable no proporciona la información financiera solicitada, también se le podrá exigir que comparezca ante el tribunal.

Complete la tabla que se encuentra a continuación, incluídas su firma y la fecha, y devuelva este formulario entero en el sobre adjunto dentro de 10 días.

Yo, (nombre en letra de molde) _____, declaro que mi
(Nombre) (Apellido)

☐ Esposo ☐ Padre/Madre ☐ Otro (especificar): _____
se ha negado a poner sus ingresos o recursos a disposición para pagar los costos de la atención médica y los servicios necesarios. He leído lo anterior y entiendo que tanto el proceso de revisión financiera como el cobro de mi deuda de Medicaid a mi familiar legalmente responsable comienza cuando firme este formulario.

Nombre del familiar legalmente responsable: _____
(Nombre) (Apellido)

Número de seguro social del familiar legalmente responsable: _____

En retribución a la determinación de mi elegibilidad para la Asistencia Médica, por el presente cedo al Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services) mi derecho de sustento por parte del familiar legalmente responsable mencionado anteriormente.

Nombre del plan de atención médica del familiar legalmente responsable (si corresponde)

Tipo de cobertura de atención médica (p. ej., atención a largo plazo): _____

Número de póliza (si corresponde): _____

Número de contacto: () _____
(Código de área)

Firma del solicitante/beneficiario: _____ Fecha: _____

Worker's Name

Title

Section

Supervisor's Name (Print)

Supervisor's Name (Sign)

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