## 申請人/領用人對法定負責親屬收入/資源之聲明



		日期:	
		個案名稱:	
		個案號碼:	
	芸你有	午何疑問,請致雷 HRA h	Helpline:888-692-6116
尊敬的			10.p.m.c + 000 002 01.10
本表格須由與法定負責親屬 (Legally Responsible R 收入/資源用於支付申請人/領用人之必要醫療照護及 21 歲子女的家長。			
法定負責親屬不得免除為其配偶或子女之照護提供財 能夠配合證明負責親屬收入與資源的程序,以判定法 提供財務支持,可能會遭到起訴。未能提供所需之財	定負責親屬所應該負責支付	寸的數額 <b>。若法定負責親屬</b>	
請填妥下表,包含個人簽名及簽署日期,然後在10	天內使用隨附信封將整份表	格寄回	
本人 (正楷姓名)			在此聲明,本人之
(名)		(姓)	
□配偶 □家長 □其他,請指明:		<del></del>	
已拒絕將其可用收入和/或資源用於支付必要醫療與 Medicaid 債務而向本人法定負責親屬執行之財務審		讀上述內容,並且理解自	日本人簽署此表後,就本人
法定負責親屬的姓名:		/td \	
(名)		(姓)	
法定負責親屬的社會安全號碼:			
考慮到為確定本人獲得醫療協助資格的需要,本人在the New York City Human Resources Administration			利轉讓給 Commissioner of
法定負責親屬的醫療保健計畫名稱 (如適用):			
醫療保健給付類型 (例如:長期照護):			
(區碼)			
申請人/領用人簽名:			
Worker's Name	Title	Section	
Supervisor's Name (Print)	Superviso	or's Name (Sign)	

MAP-2161 (TC) 03/27/2025 Page 1 of 2

**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。您也可以在造訪 HRA 辦公室時尋求協助。根據法律,您有權尋求此類協助。

MAP-2161 (TC) 03/27/2025 Page 2 of 2