

날짜: _____

케이스 이름: _____

케이스 번호: _____

**문의 사항이 있으신 경우 HRA Helpline 에
 888-692-6116 번으로 전화하시기 바랍니다.**

_____님께,

이 양식은 필수적인 치료 및 서비스 비용을 지불하기 위해 수입 및/또는 재산을 사용하는 것을 거부한 법적으로 책임이 있는 친척 (Legally Responsible Relative, LRR)과 함께 생활하는 신청자나 수혜자가 작성해야 합니다. 법적으로 책임이 있는 친척은 배우자(예: 남편, 아내)와 21 세 미만의 자녀를 가진 부모를 말합니다.

법적으로 책임이 있는 친척은 배우자나 자녀를 위해 재정 지원을 해야 하는 의무가 면제되지 않았습니다. 사회복지부(Department of Social Services)는 법적으로 책임이 있는 친척이 지불해야 하는 금액을 결정하기 위해 책임이 있는 당사자가 자신의 수입과 재산을 증명하는 절차에 협조하도록 하고 있습니다. **법적으로 책임이 있는 친척은 배우자나 미성년자 자녀를 부양하지 않을 경우 법원으로 소환될 수 있습니다.** 요청한 재정 정보를 제공하지 않을 경우에도 법적으로 책임이 있는 친척은 법원으로 소환될 수 있습니다.

다음 표를 작성하고, 서명 및 날짜를 기재한 다음 동봉된 봉투를 이용하여 10 일 내에 전체 서류를 반송해 주십시오.

본인은(정자체로 이름 기입) _____ 본인의		
(이름)	(성)	
<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 기타, 구체적으로 기재: _____(이)가 필수적인 치료와 서비스 비용으로 자신의 수입 및/또는 재산을 사용하는 것을 거부했음을 증명합니다. 본인은 위의 내용을 읽고 이해했으며 본인의 Medicaid 채무에 대한 최종 검토와 본인의 법적으로 책임이 있는 친척으로부터 징수하는 절차는 본인이 이 양식에 서명한 후부터 개시됨을 이해합니다.		
법적으로 책임이 있는 친척의 이름: _____ (이름) (성)		
법적으로 책임이 있는 친척의 소셜 시큐리티 번호: _____		
의료 지원(Medical Assistance)에 대한 본인의 자격을 결정하는 데 있어서 본인은 위에 이름을 명시한 법적으로 책임이 있는 친척으로부터 지원을 받을 본인의 권리를 뉴욕 시 인적자원관리국(사회복지부)(New York City Human Resources Administration (Department of Social Services)) 국장에게 위임하는 바입니다.		
법적으로 책임이 있는 친척의 의료 서비스 플랜 이름(해당되는 경우)		
의료 서비스 보장 종류(예: 장기 케어): _____		
정책 번호(해당되는 경우): _____		
연락처: () _____ (지역 번호)		
신청자/수혜자 서명: _____		날짜: _____
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)

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.