

申请人/领用人就负有法律责任亲属的收入/收入来源的声明



MAP-2161 (SC) 03/28/2023

日期: _____

个案名称: _____

个案号码: _____

如有任何疑问, 请拨打 HRA Helpline: 888-692-6116

尊敬的 _____

本表格应由与负有法律责任亲属 (Legally Responsible Relative, LRR) 同住的申请人或领用人填写, 且该负有法律责任亲属拒绝将其收入和/或收入来源用于支付上述个人必要的医疗护理和服务费用。负有法律责任亲属是指: 配偶 (例如丈夫的妻子、妻子的丈夫) 以及 21 岁以下子女的父母。

负有法律责任亲属不得免除其为配偶或子女的护理提供财务资源的责任。社会服务局 (Department of Social Services) 希望负有法律责任亲属配合, 以证实其收入和收入来源, 从而确定负有法律责任亲属需要支付的金额。若负有法律责任亲属未能为配偶或未成年子女提供财务支持, 可能会遭到起诉。未能提供所需财务信息也可能导致负有法律责任亲属被起诉。

请填写下表, 签署您的姓名并标注日期, 然后在 10 天内将本完整表格放入随附信封中寄回。

本人 (正楷姓名) _____ 声明, 本人的 (名字) _____ (姓氏) _____		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ 拒绝将其收入和/或收入来源用于支付本人必要的医疗护理和服务费用。本人已阅读上述内容, 并了解自本人在此表上签名之后, 就本人 Medicaid 债务而向本人负有法律责任亲属执行的财务审查和催收程序便已开始。		
负有法律责任亲属的姓名: _____ (名字) _____ (姓氏) _____		
负有法律责任亲属的社会安全号码: _____		
考虑到为确认本人获得医疗援助资格的需要, 本人特此将本人从上述负有法律责任亲属处获取财务支持的权利转让给 Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services) 。		
负有法律责任亲属加入的健康护理计划的名称 (如适用) _____		
医疗保险的类型 (例如, 长期护理): _____		
保单号码 (如适用): _____		
联系电话: (_____) _____ (电话区号)		
申请人/领用人签名: _____		日期: _____
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)

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。