

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： \_\_\_\_\_

若您有任何疑問，請致電 HRA Helpline：888-692-6116

尊敬的 \_\_\_\_\_

本表格須由與法定負責親屬 (Legally Responsible Relative, LRR) 同住之申請人/領用人完成填寫，且該法定負責親屬已拒絕將其可用收入/資源用於支付申請人/領用人之必要醫療照護及服務費用。法定負責親屬包括：配偶 (例如妻子的丈夫、丈夫的妻子)，以及未滿 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政資源的責任。社會服務局 (Department of Social Services) 希望法定負責親屬能夠配合證明負責親屬收入與資源的程序，以判定法定負責親屬所應該負責支付的數額。若法定負責親屬未能為其配偶或未成年子女提供財務支持，可能會遭到起訴。未能提供所需之財政資訊，可能會導致法定負責親屬遭到起訴。

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) _____		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他，請指明： _____		
已拒絕將其可用收入和/或資源用於支付必要醫療照護及服務費用。本人已閱讀上述內容，並且理解自本人簽署此表後，就本人 Medicaid 債務而向本人法定負責親屬執行之財務審查及催收程序便已開始。		
法定負責親屬的姓名： _____ (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，本人在此將本人從上述法定負責親屬處獲得財務支持的權利轉讓給 Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services) 。		
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)： _____		
保單號碼 (若適用)： _____		
聯絡電話號碼： ( ) _____ (區碼) _____		
申請人/領用人簽名： _____		日期： _____
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)

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