STATE OF CONNECTICUT

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

W-997
(Rev. 5/01)

Name of Applicant/Recipient_____

NOTICE OF LIABILITY
TO APPLICANT OR RECIPIENT OF CARE OR SUPPORT OR LEGALLY LIABLE RELATIVE

(for reimbursement of any cost incurred or amount paid by the State on behalf of a recipient)

Connecticut State law allows the State to recover money from you, or from your legally liable relatives (spouse or parent of a child under 18 years old) to cover the costs of the care or support provided to you or paid on your behalf. As an applicant/recipient of care or support or as a legally liable relative, you should understand that you may be required to pay for part or all of that care or support.

You and your legally liable relatives have a liability for the costs of your care and support from the date you begin to receive care or support. The Department of Administrative Services may subsequently contact you and your legally liable relative(s) to establish a repayment plan for the care and support received, at which time you will be notified whether the payments required of you represent full or partial payment of moneys owed to the State.

At the end of care or support, you or your legally liable relative(s) may request a list of services provided and the associated cost.

I acknowledge that I have been provided with a copy of this notice.

_____ _____
Applicant/Recipient's Signature Date

_____ _____
Relative's Signature Date

Check one: ☐ Spouse ☐ Mother ☐ Father

Check all that apply:

☐ On _____ , I provided a copy of this notice to _____ and she/he was unable to or refused to sign it.

☐ On _____ , I mailed a copy of this notice to _____ the legally liable relative(s) of _____, at the following address:

_____

☐ I made a good faith effort to locate the present whereabouts of the legally liable relative of _____ and could not.

_____ _____
Signature of State Employee Print Name

W-997
(Rev. 5/01)

ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Nombre del Solicitante/Recipiente_____

NOTIFICACION DE RESPONSABILIDAD
Para el Solicitante/Recipiente de Cuidado o de Apoyo, o al Pariente Legalmente Responsable

(Para el reembolso de cualquier costo incurrido o cantidad pagada por el Estado en nombre de un recipiente.)

La ley Estatal de Connecticut permite que el Estado recupere dinero de usted, o de sus parientes legalmente responsables (esposo(a) o madre/padre de un niño menor de 18 años), para cubrir los costos del cuidado o apoyo que le fue provisto o pagado en su beneficio. Como solicitante/recipiente de cuidado o apoyo o como un pariente legalmente responsable, usted debe entender que usted puede ser requerido a pagar en parte o por completo los costos de estos servicios.

Usted y sus parientes legalmente responsables tienen una responsabilidad por los costos de su cuidado y apoyo, desde la fecha que usted comienza a recibir los servicios. El Departamento de Servicios Administrativos puede subsiguientemente comunicarse con usted y con su pariente(s) legalmente responsable para establecer un plan para reembolsar los costos del cuidado y del apoyo recibido. Entonces, usted será notificado si los pagos requiridos de usted representan el pago completo o parcial del dinero debido al Estado.

A fines del cuidado o del apoyo, usted o su pariente(s) legalmente responsable puede solicitar una lista de servicios provistos del costo asociado.

Reconozco que he sido provisto con una copia de esta notificación.

_____ _____
Firma del solicitante/recipiente Fecha

_____ _____
Firma del pariente Fecha

Marque uno: ☐ Esposo(a) ☐ Madre ☐ Padre

Marque todo lo que aplica:

☐ En _____, yo proveí una copia de esta notificación a _____ y ella/el no pudo, o rehusó firmarla.

☐ En_____ , yo envié por correo una copia de esta notificación a _____ el/los pariente(s) legalmente responsable(s) de _____, a la siguiente dirección:

_____

☐ Hice un esfuerzo de buena fe de localizar el paradero actual del pariente legalmente responsable de _____ y no pude encontrarlo.

_____ _____
Firma del Empleado del Estado *Nombre en Letra de Molde*