

AFFORDABLE SENIOR CARE OF NEW YORK LLC

**PERSONAL ASSISTANT
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT
OF
POLICY PERTAINING TO FALSE CLAIMS AND FALSE STATEMENTS**

1. I acknowledge that I have received a copy of the AFFORDABLE SENIOR CARE OF NEW YORK LLC CDPAP: POLICY PERTAINING TO FALSE CLAIMS AND FALSE STATEMENTS
2. I have been informed by my Consumer or Designated Representative regarding the policy for Federal and State False Claim Act and False Claims.

Signature: \ PA Name: ✓ _____ Print Name: ✓ _____

AFFORDABLE SENIOR CARE OF NEW YORK LLC

PERSONAL ASSISTANT ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF

POLICY PERTAINING TO FALSE CLAIMS AND FALSE STATEMENTS

- ১। আমি স্বীকৃতি দিচ্ছি যে, প্রকরণের অনিয়মিত-ক্রেতার CDPAP
অধিদপ্তর আমাকে CDPAP সম্বন্ধিত-মিথ্যা-দাবী-ও মিথ্যা
বিস্ত-সম্পর্কিত-নীতি-মালায়-প্রিন্টে-কপি-সেদান-পেয়েছেন।
- ২। এবং আমাকে আমায় (বোকা/সদস্য/অথবা-বোকা-কর্তৃক-স্বত্বাধীন
অভিধাকক ও এই নীতিমালা-স্বত্বাধীন-মিথ্যা-দাবী-ও মিথ্যা
বিস্ত-সম্পর্কিত-অবস্থিত-করেছে।

স্বাক্ষরকারী-স্বাক্ষরঃ-

স্বাক্ষরকারী-প্রিন্ট-নামঃ-

MAR 24 2018

