

`	YO,	, actualmente con domicilio en
	Dirección de Calle	Ciudad, Estado, Código Postal
Condad	o de	, Estado de la Florida,
Seguro		Estado de la Florida en conformidad con el Título XIX del Acta de 3), Estatutos de la Florida, y en consideración del recibimiento de ptar dichos beneficios yo:
1.		a cualquier y todo derecho, reclamo, título e interés que yo tengo a ada debida, pendiente y será debida de mi conjugue,
_		de
	Nombre	
_	Dirrección de Calle	Ciudad, Estado, Código Postal
2.		a el derecho de mantener o enjuiciar cualquier y toda causa de determinar o esforzar ordenes judiciales para mi manutención.
Además	s, entiendo que:	
1.	ficio del Estado de la Florida e 409.904(3), Estatutos de la F Estado de la Florida sea reem y todo los pagos hecho a mi	a a pleno rendimiento y en efecto mientras yo reciba cualquier bene- en conformidad al Título XIX del Acta de Seguro Social y subdivisión lorida, y permanecerá a pleno rendimiento y en efecto hasta que e abolsado, hasta el alcance de mis derechos asignados, por cualquie desde Octubre 1, 1989, y de aquí en adelante, o hasta que mi erés in dicha manutención sea de otra manera terminada por ley.
2.	La asignación será limitada p la Florida en conformidad con	oor la cantidad el total de dólares proveídos a mi por el Estado de n la ley federal susodicho.
TESTIG	O, esta mi mano, este	día de
Número	de Medicaid:	Firma de Cliente/ Guardián Legal
Condad	0:	
	/Pagión:	Testigo
IFOLLITA	Poglob'	