HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)

Avis de responsabilité du client

Client Responsibility Notice

Remarque : N'utilisez ce formulaire que pour les clients des programmes MCS et MAGI financés par l'État en établissement résidentiel.

NOM DU CLIENT	NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT	DATE

En tant que résident(e) d'un établissement géré par _____, vous devez verser le ou les montants suivants à votre prestataire :

NOM DU PRESTATAIRE

VOTRE PAIEMENT POUR LA CHAMBRE ET LES REPAS

Vous devrez régler cette somme chaque mois à partir de : _____

Ce montant ne changera pas sans que vous receviez un autre courrier de HCS indiquant le nouveau montant.

Ce montant est basé sur les renseignements suivants pour le mois de : _____

SOURCE DE REVENU	MONTANT	FRAIS	MONTANT
Revenu VA		Frais de bénéficiaire / tutelle	
Revenu non gagné		Autres frais de tutelle	
Revenu gagné		Frais médicaux non couverts	
Total		Autres frais	
		Total	

COMMENTAIRES / RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Si vous souhaitez examiner les informations de revenu et de frais ou les calculs utilisés pour déterminer le montant de vos paiements, veuillez contacter la personne en charge de votre dossier.

Ces mesures sont justifiées par les articles WAC 388-106-0225 et 388-106-0285.

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER	TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER	E-MAIL DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER

Un exemplaire a été envoyé au représentant / tuteur / bénéficiaire sous protection