

责任通知与裁决书 Notice and Finding of Responsibility

向您寄送此此责任通知与裁决书(NFR)，以此作为对您的首次通知，或者由于自从上一份 NFR 以来您的费用分担额已发生变化。藉此提醒您，您有责任为您的医疗保健服务支付由社会福利服务部(DSHS)确定的费用份额。请参阅华盛顿州修正法规 43.20B.430、43.20B.435 及华盛顿州行政法规 388-835-0940。请记住，费用分担额是须由您为住宿式康复服务中心(RHC)医疗保健服务、支持服务及治疗服务所支付的每月费用份额。您必须按照要求每月支付您的费用分担额。您将收到一份每月结算单，以及随附的回邮信封和一张优惠券。您需要在提交付款时随附该优惠券。

DSHS 社区服务处(CSO)依据华盛顿州行政法规 WAC 388-513-1380 来计算应由您负责支付的金额，而且此函中已列明该付款金额。CSO 根据您的收入来源之核查结果来确定您应支付的费用分担额。

为何发生变化？

您的费用分担额发生变化是因为您的收入和开支情况已发生变化。CSO 根据所获得的最新情况来重新计算您应支付的费用分担额，并通知您费用分担额的变化情况。

如果本人不同意此 NFR 内容，该如何办？

如果您不同意此项决定或有任何疑问，可以打免费电话请 CSO 客户服务中心复审您的账户；电话号码是 1-877-501-2233。

如果您仍不同意此通知内容并希望就此提出上诉，可于接获此通知书之日起 30 天内提请举行一次行政听证会。您的请求必须以书面形式提交，并须邮寄至以下地址（须随附此函的副本）：

ATTN: Office of Administrative Hearing (OAH)
PO Box 42489
Olympia, WA 98504-2489

本部将发函通知您参加听证会的时间与地点。一位行政法官将听审您的个案，并根据您提交的情况作出决定。

如果本人不予支付，会怎样？

如果您不偿付此债务，本部可采取进一步措施，包括对您的不动产提出留置权、扣留您的资产（其中包括但并不局限于银行存款），并（或）扣押您的工资。我们可以请法庭或社会安全局或其他收入源将您目前居住的服务机构指定为受款人。我们并无义务通知您本部将采取的任何进一步措施。