

إشعار مسؤولية العميل Client Responsibility Notice

ملاحظة: يُستخدم هذا النموذج فقط للعملاء ضمن برنامج خدمات الرعاية الطبية الممولة من الولاية (MCS) والبرامج القائمة على الدخل الإجمالي المعدل (MAGI) المقيمين في مناطق سكنية.

اسم العميل	رقم مُعرّف العميل	التاريخ	
بصفتك مقيمًا في المنشأة التي تديرها _____، أنت مسؤول عن دفع المبلغ (المبالغ) التالي (ة) إلى مُقدّم الخدمة المعني بك: دفع مبلغ الإقامة والطعام المستحق عليك			
ستدفع هذا المبلغ كل شهر بدايةً من: _____ لن يتغير هذا المبلغ ما لم تتلقَ خطابًا آخر من خدمات الرعاية المنزلية والمجتمعية (HCS) بمبلغ جديد. يعتمد هذا المبلغ على المعلومات التالية لشهر: _____			
مصدر الدخل	المبلغ	المصروفات	المبلغ
دخل المحاربين القدامى		رسوم المستفيد / الوصاية	
الدخل غير المكتسب		تكاليف الوصاية الأخرى	
الدخل المكتسب		التكاليف الطبية غير المغطاة في التأمين	
		مصروفات أخرى	
	الإجمالي		الإجمالي
تعليقات/معلومات إضافية			
في حالة رغبتك في مراجعة أي من معلومات الدخل أو المصروفات أو الحسابات التي استخدمناها لتحديد مبلغ (مبالغ) الدفع الخاص (ة) بك، يُرجى التواصل مع مدير الحالة المعني بك. تستند الصلاحية القانونية لهذه الإجراءات إلى المادتين رقم 388-106-0225 و 388-106-0285 من قانون واشنطن الإداري (WAC).			
اسم مدير الحالة	رقم هاتف مدير الحالة	البريد الإلكتروني لمدير الحالة	

تم إرسال نُسخ إلى الممثل / الوصي / المستفيد الخاضع للحماية.