

가정 및 지역사회 서비스(HCS)
수혜자/의뢰인 책임 통지서
Client Responsibility Notice

참고: 정부 자금으로 운영되는 MCS 및 MAGI 에 기반해 주거 시설에서 생활하는 수혜자/의뢰인인 경우에만 이 양식을 작성하십시오.

수혜자/의뢰인 이름	수혜자/의뢰인 ID 번호	날짜	
<p>_____에서 운영하는 시설의 입주인이시면 다음과 같은 금액을 서비스 제공자의 성명 서비스 제공자에게 지불해야 할 책임이 있습니다.</p>			
방값과 식사비			
<p>귀하는 _____부터 매달 이 금액을 지불해야 합니다 귀하가 지급할 이 금액은 HCS 에서 새 금액을 다시 통보할 때까지 변경되지 않을 것입니다. 이 금액은 _____달에 대한 다음 정보에 근거해 산정되었습니다.</p>			
수입원	금액	지출비	금액
VA 수입		수취인/보호자 수수료	
불로소득		기타 보호자 수수료	
근로소득		비보험 의료비	
	총액	기타 지출비	
			총액
추가 의견 / 정보			
<p>위의 금액 외 다른 소득이나 지출비 정보 또는 귀하의 지급 금액 결정에 사용한 당국의 계산법을 검토해 주기를 원하면 귀하의 케이스 매니저에게 연락하십시오.</p> <p>이러한 조치를 취할 권한이 있는 당국은 WAC 388-106-0225 및 388-106-0285 에서 확인하실 수 있습니다.</p>			
케이스 매니저 이름	케이스 매니저 전화번호	케이스 매니저 이메일	

대리인 / 보호자 / 보호 수취인에게 발송된 사본.