



HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)

Aviso de responsabilidad del cliente Client Responsibility Notice

Nota: Use este formulario solamente para clientes con MCS y MAGI financiados por el estado en entornos residenciales.

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE	FECHA
--------------------	--------------------------	-------

Como residente de la institución operada por _____, usted es responsable de pagar los siguientes importes a su proveedor:
NOMBRE DEL PROVEEDOR

SU PAGO POR ALOJAMIENTO Y COMIDAS

Usted pagará este monto cada mes a partir del: _____

Este monto no cambiará, a menos que usted reciba otra carta de HCS con un nuevo monto.

Esto se basa en la siguiente información para el mes de: _____

FUENTE DE INGRESOS	MONTO	GASTOS	MONTO
Ingresos de la VA		Honorarios del receptor de pagos / tutor	
Ingresos no ganados		Otros costos de tutela	
Ingresos ganados		Costos médicos no cubiertos	
Total		Otros gastos	
		Total	

COMENTARIOS E INFORMACIÓN ADICIONAL:

Si usted desea revisar alguna parte de la información de ingresos o gastos o los cálculos que utilizamos para determinar sus montos por pagar, por favor comuníquese con su administrador del caso.

Puede ver las facultades para estas acciones en WAC 388-106-0225 y 388-106-0285.

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL CASO	TELÉFONO DEL ADMINISTRADOR DEL CASO	CORREO ELECTRÓNICO DEL ADMINISTRADOR DEL CASO
-----------------------------------	-------------------------------------	---

Se envían copias al representante / tutor / receptor de pagos protector.