

Повідомлення про відповідальність клієнта Client Responsibility Notice

Примітка: Використовуйте цю форму лише для клієнтів MCS і MAGI, що фінансуються державою, і проживають у житлових установах.

ІМ'Я КЛІЄНТА		ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА		ДАТА
Як резидент закладу, яким керує _____, ви несете відповідальність за сплату наступної суми своєму постачальнику: ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПОСТАЧАЛЬНИКА				
ВАША ОПЛАТА ЗА КІМНАТУ І ХАРЧУВАННЯ				
Ви будете платити цю суму щомісяця, починаючи з: _____ Ця сума не зміниться, якщо ви не отримаєте інший лист від HCS із новою сумою. Це базується на наступній інформації за місяць: _____				
ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ		СУМА	ВИТРАТИ	СУМА
Дохід VA			Плата отримувачу платежу / за піклування	
Незароблений дохід			Інші витрати на піклування	
Зароблений дохід			Непокриті медичні витрати	
Загалом			Інші витрати	
			Загалом	
ДОДАТКОВІ КОМЕНТАРІ / ІНФОРМАЦІЯ				
Якщо ви бажаєте переглянути будь-яку інформацію про доходи чи витрати або розрахунки, які ми використовували для визначення суми платежу, зверніться до свого менеджера. Повноваження щодо цих дій можна знайти в WAC 388-106-0225 та 388-106-0285.				
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ КЕРІВНИКА СПРАВОЮ		ТЕЛЕФОН КЕРІВНИКА СПРАВОЮ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ КЕРІВНИКА СПРАВОЮ	

Копії надіслано представнику / опікуну / одержувачу платежу.