Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)

个案当事人责任通知书

Client Responsibility Notice

注意：此表格只适用于居住环境中的州资助的 MCS 和 MAGI 个案当事人。

个案当事人姓名	个案当事人身份识别号码	日期

作为由_____运营的设施中的住户，您有责任向您的服务提供者支付
服务提供者姓名
以下金额：

您应支付的食宿费用金额

您将每月支付此金额，始于：_____

此金额将保持不变，除非 HCS 另行发函通知您新的付款金额。

上述付款金额之计算以下列情况为依据，适用月份为：_____

收入来源	金额	开支	金额
VA 收入		受款人/监护权费	
非薪资收入		其它监护费用	
薪资收入		保险计划不支付的医疗费用	
总计		其它开支	
		总计	

其它备注/情况

如果您希望审阅我们在确定您的支付金额时所依据的任何收入或开支资料或者计算结果，请与您的个案管理员联系。

上述措施的权威依据位于：WAC 388-106-0225 和 388-106-0285。

个案管理员姓名	个案管理员电话号码	个案管理员电子邮件地址

将副本发送给代表/监护人/保护性受款人。