

## Pemberitahuan Kewajiban Klien Client Responsibility Notice

Catatan: Hanya gunakan formulir ini untuk klien MCS yang didanai negara bagian dan berbasis MAGI di lingkungan hunian.

NAMA KLIEN		NOMOR ID KLIEN		TANGGAL
Merupakan penghuni fasilitas yang dioperasikan oleh _____, Anda bertanggung jawab untuk membayar kepada sejumlah berikut kepada penyedia Anda: NAMA PENYEDIA				
PEMBAYARAN KAMAR DAN MAKANAN				
Anda harus membayarkan jumlah ini setiap bulan mulai: _____ <b>Jumlah ini tidak akan berubah kecuali Anda menerima surat lain dari HCS dengan jumlah baru.</b> Pemberitahuan ini didasarkan pada informasi berikut untuk bulan: _____				
SUMBER PENDAPATAN		JUMLAH	PENGELUARAN	
Uang Pensiun			Penerima Pembayaran / Biaya Perwalian	
Pendapatan bukan gaji			Biaya Perwalian Lainnya	
Pendapatan dari gaji			Biaya Medis Diluar Kover	
Total			Biaya Lainnya	
			Total	
KOMENTAR / INFORMASI TAMBAHAN				
Jika Anda ingin meninjau informasi pendapatan atau pengeluaran atau kalkulasi yang kami gunakan untuk menetapkan jumlah pembayaran Anda, silakan hubungi manajer kasus Anda. Petugas untuk urusan ini dapat dihubungi di WAC 388-106-0225 dan 388-106-0285.				
NAMA MANAJER KASUS		NOMOR TELEPON MANAJER KASUS		ALAMAT E-MAIL MANAJER KASUS

Salinan dikirim kepada Perwakilan / Wali / Wakil Penerima Pembayaran.