

Client Responsibility Notice

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸੈਟਿੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਸਟੇਟ ਤੋਂ ਫੰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ MCS ਅਤੇ MAGI-ਆਧਾਰਿਤ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਲਈ ਕਰੋ।

| | | |
|---------------|-------------------|-------|
| ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਂ | ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ID ਨੰਬਰ | ਤਾਰੀਖ |
|---------------|-------------------|-------|

ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਸੰਚਾਲਿਤ ਫੈਸੀਲਿਟੀ ਦੇ ਨਿਵਾਸੀ ਵਜੋਂ _____, ਤੁਸੀਂ ਇਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ
ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦਾ ਨਾਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦਾ:

ਤੁਹਾਡੇ ਕਮਰੇ ਅਤੇ ਬੋਰਡ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ

ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਰੋਗੇ: _____

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਨੂੰ HCS ਤੋਂ ਨਵੀਂ ਰਕਮ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਰਕਮ ਨਹੀਂ ਬਦਲੇਗੀ।

ਇਹ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਵਾਸਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੈ: _____

| ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤ | ਰਕਮ | ਖਰਚ | ਰਕਮ |
|----------------|------|-----------------------------------|------|
| VA ਆਮਦਨ | | ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ / ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਦੀ ਫੀਸ | |
| ਗੈਰ-ਅਰਜਿਤ ਆਮਦਨ | | ਹੋਰ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਦੀ ਲਾਗਤ | |
| ਅਰਜਿਤ ਆਮਦਨ | | ਕਵਰ ਨਾ ਕੀਤੀ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ | |
| | ਕੁੱਲ | ਹੋਰ ਖਰਚੇ | |
| | | | ਕੁੱਲ |

ਵਾਧੂ ਟਿੱਪਣੀਆਂ / ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਖਰਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਗਣਨਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਰਕਮ(ਰਕਮਾਂ) ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਇਹਨਾਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰੀ WAC 388-106-0225 ਅਤੇ 388-106-0285 ਵਿੱਚ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ।

| | | |
|-------------------|-----------------------|---------------------|
| ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਦਾ ਨਾਂ | ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ | ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਦਾ ਈ-ਮੇਲ |
|-------------------|-----------------------|---------------------|

ਨੁਮਾਇੰਦੇ / ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਸੁਰਖਿਆਤਮਕ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਕਾਪੀਆਂ ਭੇਜੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।