

## Уведомление об ответственности клиента Client Responsibility Notice

Примечание: Используйте эту форму только для финансируемых штатом услуг MCS и клиентов на базе дохода MAGI при условии нахождения в учреждениях с проживанием.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДАТА
-----------------------	---------------------------------	------

Как лицо, проживающее в учреждении, которым управляет \_\_\_\_\_, Вы  
ИМЯ И ФАМИЛИЯ/НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ  
 ответственны за выплату следующей (-их) суммы (-м) как поставщику:

ОПЛАТА ПРОЖИВАНИЯ И ПИТАНИЯ

Вы будете платить эти суммы ежемесячно, начиная с: \_\_\_\_\_

**Эта сумма не изменится, пока вы не получите другое письмо из HCS с указанием новой суммы.**

Эти суммы определены с учетом следующих сведений за месяц: \_\_\_\_\_

ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА	РАСХОДЫ	СУММА
Доход от Администрации по делам ветеранов (VA)		Сбор за доверенного получателя/опекунство	
Нетрудовой доход		Другие расходы на опекунство	
Трудовой доход		Медицинские расходы, не покрываемые страховым планом	
Итого		Прочие расходы	
		Итого	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ / ИНФОРМАЦИЯ

Если вы хотите проверить какие-либо сведения о доходах и расходах, или вычисления, использованные нами при определении суммы вашего платежа/ваших платежей, пожалуйста, свяжитесь с сотрудником, ведущим ваше дело.

Данные мероприятия основаны на следующих законодательных актах: WAC 388-106-0225 и 388-106-0285.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КУРИРУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРА	ТЕЛЕФОН КУРИРУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ КУРИРУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРА
-------------------------------------	-------------------------------	---

Копии отправлены представителю / опекуну / доверенному получателю средств.