

আপনার MEDICAID আবেদনের সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি

বিজ্ঞপ্তির তারিখ	কার্যকরের তারিখ	এজেন্সিকেন্দ্রে বা ডিস্ট্রিক্টের অফিসের নাম এবং ঠিকানা		
কেস নম্বর	CIN নম্বর			
কেসের নাম (এবং প্রযুক্তি নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা				
		সাধারণ টেলিফোন নং. প্রশ্নের জন্য বা সহায়তার জন্য		
		অথবা এজেন্সি কনফারেন্স ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা রেকর্ড অ্যাক্সেস আইনি সহায়তার তথ্য		
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিট বা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং

নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের জন্য আমরা আপনার _____ তারিখের Medicaid আবেদন প্রত্যাহান করেছি:

- (নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____

এটির কারণ হলো আপনার গড় আয় \$ _____ যা 21 থেকে 65 বছর বয়সী একক ব্যক্তি/নিঃসন্তান দম্পতি, 19 এবং 20 বছর বয়সী ব্যক্তির যারা নিজেদের উপর নির্ভরশীল এবং 21 বছরের কম বয়সী একটি সন্তান আছে এমন পিতামাতাদের অনুমোদিত Medicaid আয়ের সীমা \$ _____ থেকে বেশি।
এবং 21 বছর বয়সী বাচ্চার পিতা বা মাতা।

- (নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____

এটির কারণ হলো আপনার গড় আয় \$ _____ যা 19 বছরের কম বয়সী ব্যক্তিদের জন্য Medicaid আয়ের সীমা \$ _____ থেকে বেশি।

- (নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____
(নাম) _____ ক্লায়েন্টের আইডি # _____

এটির কারণ হলো আপনার গড় আয় \$ _____ যা 19 এবং 20 বছর বয়সী ব্যক্তি যারা পিতামাতা অথবা তত্ত্বাবধায়কের সাথে বসবাস করছেন তাদের অনুমোদিত Medicaid আয়ের সীমা \$ _____ থেকে বেশি।

- আপনি Medicaid বাড়তি আয়ের জন্য যোগ্য নন কারণ আপনার আয় \$ _____ Medicaid অনুমোদিত আয় সীমা \$ _____ থেকে বেশি। সীমার থেকে বেশি পরিমাণ আয়কে বাড়তি আয় বা স্পেনডাউন বলা হয়। আপনার মাসিক অতিরিক্ত আয় হল \$ _____। আমরা আপনার বীমার দ্বারা কভার করা পরিশোধিত বা অপরিশোধিত চিকিৎসা বিল সংক্রান্ত নথি পাইনি, যা আপনার অতিরিক্ত আয়ের সমান বা বেশি।

যদি চিকিৎসা বিল আপনার বাড়তি আয় থেকে কেটে নেওয়া হয় অথবা যদি আপনার আয় কমে যায় তাহলে আপনি আবার আবেদন করতে পারেন।

অনুগ্রহ করে সংযুক্ত অতিরিক্ত আয় কর্মসূচির ব্যাখ্যা (Explanation of the Excess Income Program) এবং গ্রুইক পে-ইন কর্মসূচি (Optional Pay-In Program) পড়ুন।

- আপনি Family Planning Benefit Program, এর জন্য যোগ্য নন কারণ আপনার সর্বমোট আয় \$ _____ Family Planning Benefit Program এর অনুমোদিত আয় সীমা \$ _____ এর থেকে বেশি।

আমরা একটি বাজেট ওয়ার্কশীট(গুলি) সংযুক্ত করেছি, যাতে আপনি দেখতে পারেন যে কীভাবে আমরা সুবিধার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করি।

এই সিদ্ধান্ত সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 366(1)(b) অনুসারে নেয়া হয়।

যদি Medicaid-এর জন্য আপনার আয় খুব বেশি হয়, তাহলেও আপনি এখনও স্বাস্থ্য সেবা কভারেজ পেতে পারেন।

যে সকল ব্যক্তি ও পরিবার FPL-এর 400% পর্যন্ত, যা একা ব্যক্তির জন্য \$48,240 এবং চারজন সদস্য যুক্ত পরিবারের জন্য \$98,400(2017 FPLs ভিত্তিক) আয় সহ ফেডারেল করে জন্ম ফাইল করবেন বা করেন, তারা হয়তো নিউ ইয়র্কের স্বাস্থ্য সুবিধা বিনিময়, NY State of Health এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য বিমা কেনার সাহায্যের জন্য অগ্রিম কর ক্রেডিট পাবেন। যদি বার্ষিক আয় FPL এর থেকে 400% বেশি হয়, তাহলে স্বাস্থ্য বিমা NY State of Health-এর মাধ্যমে কেনা যেতে পারে।

যদি NY State of Health-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য সেবা কভারেজের জন্য আবেদন করার ক্ষেত্রের সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে তার সহায়তা পাবেন। Navigators এবং Certified Application Counselors আপনার স্বাস্থ্য কভারেজের বিকল্প অনুধাবনে আপনাকে সাহায্য করতে এবং একটি পরিকল্পনায় নথিভুক্ত করতে সাহায্য করার জন্য প্রশিক্ষিত। আপনার সামাজিক পরিষেবা স্থানীয় বিভাগও আপনাকে আবেদন ও বিকল্পের ক্ষেত্রে সাহায্য করতে পারেন।

New York State of Health সম্পর্কে আরও জানতে এবং আপনার এলাকায় Navigators বা Certified Application Counselors খুঁজতে, অনুগ্রহ করে 1-855-355-5777 এ কল করুন বা আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন। <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>.

প্রবিধান অনুসারে চাহিদা, আয়, সম্পদ, বাসস্থানের বন্দোবস্ত বা ঠিকানার কোনও পরিবর্তন হলে এই বিভাগের কাছে অবিলম্বে যোগাযোগ করতে হবে

এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার আছে
এই সিদ্ধান্তের জন্য কিভাবে আপিল করতে হয় তার জন্য বিজ্ঞপ্তির উল্টোদিকটি দেখুন

কনফারেন্সের অধিকার: এইসব পদক্ষেপ পর্যালোচনা করার জন্য আপনাকে কনফারেন্স থাকতে হতে পারে। যদি আপনি একটি কনফারেন্স চান, তাহলে আপনাকে যত শীঘ্র সম্ভব তার জন্য আবেদন করতে হবে। কনফারেন্সে, যদি আমরা বুঝতে পারি আমরা ভুল সিদ্ধান্ত নিয়েছে বা আপনি যে তথ্য দিয়েছিলেন তার ফলে আমরা আমাদের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করেছিলাম, তাহলে আমরা সঠিক পদক্ষেপ নেব এবং আপনাকে নতুন বিজ্ঞপ্তি দেব। আপনি এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় থাকা নম্বরে কল করে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে দেওয়া ঠিকানায় লিখিত অনুরোধ জানিয়ে কনফারেন্সের জন্য বলতে পারেন। এই নম্বরটি কেবলমাত্র কনফারেন্সের অনুরোধ করার জন্য ব্যবহার করা হয়। **ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার উপায় এটি নয়।** আপনি একটি কনফারেন্স করতে চাইলেও আপনার একটি ন্যায্য শুনানির অধিকার আছে। যদি আপনি চান যে ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত না আসা পর্যন্ত আপনার সুবিধা অপরিবর্তিত থাকুক (সহায়তা অব্যাহত থাকা), তাহলে আপনাকে নিচে বর্ণিত উপায়ে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে হবে। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নিচের অংশ পড়ুন।

আপনার ফাইল ও নথির প্রতিলিপির প্রবেশাধিকার: শুনানির জন্য নিজেকে তৈরি করতে, আপনার কেস ফাইল দেখার অধিকার আপনার আছে। আপনি যদি আমাদের কল করেন, চিঠি পাঠান তাহলে ন্যায্য শুনানিতে হেয়ারিং অফিসারকে আমরা আপনার যেসব ফাইলগুলি দেব সেখান থেকে নথিগুলির কপি প্রদান করব। এছাড়াও, আপনি যদি আমাদের কল করেন, চিঠি দেন, তাহলে ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত হতে আপনার ফাইলগুলি থেকে অন্যান্য নথিপত্রের কপি আপনাকে দেব। যদি আপনি আমাদের কল করেন বা চিঠি পাঠান, তাহলে আমরাও ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করবেন কিনা অথবা শুনানির প্রস্তুতি নেবেন কিনা তার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে আপনার কাছে প্রয়োজনীয় নির্দিষ্ট নীতি উপকরণের মাসুল ছাড়াই উপলভ্য করব। আপনার কাছে উপলভ্য হতে পারে এমন নীতি উপকরণসমূহে এগুলো অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে: প্রশাসনিক নির্দেশনামা, সাধারণ তথ্য ব্যবস্থা বার্তা, তথ্যমূলক চিঠি, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগে Medicaid আপডেট নিউজলেটার ও স্থানীয় কমিশনার স্মারকলিপি। নির্দিষ্ট নীতি সংক্রান্ত উপকরণ, নথি বা আপনার ফাইল কিভাবে দেখা যেতে পারে তা সম্পর্কে এই বিজ্ঞপ্তির পাতার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ড অ্যাক্সেস টেলিফোন নম্বরে কল করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির কোনও পাতার উপরে ছাপানো ঠিকানায় আমাদের লিখে পাঠান। যদি আপনি আপনার কেস ফাইল থেকে নির্দিষ্ট নীতি উপকরণ বা নথি চান তাহলে সময়ের আগে আপনাকে তা বলতে হবে। সেগুলোকে আপনাকে শুনানির আগে পর্যাপ্ত সময়ের জন্য দেওয়া হবে। আপনি নির্দিষ্ট করে বললে তবেই সেগুলি আপনাকে পাঠানো হবে।

ন্যায্য শুনানির অধিকার: যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে উপরের পদক্ষেপটি ভুল, তাহলে আপনি স্টেট ন্যায্য শুনানির জন্য অনুরোধ করতে পারেন নিম্নলিখিত উপায়ে:

- 1) টেলিফোন:** আপনি স্টেট জুড়ে টোল ফ্রি নম্বরে ফোন করতে পারেন: 800-342-3334 (যখন আপনি কল করবেন অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখুন) **অথবা**
- 2) ফ্যাক্স:** ফ্যাক্স নম্বর (518) 473-6735- তে এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি পাঠান। **অথবা**
- 3) অনলাইন:** অনলাইনে অনুরোধ ফরমটি সম্পূর্ণ করে এখানে পাঠান: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **অথবা**
- 4) চিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তির **সম্পূর্ণ** করা একটি কপি New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-এর ন্যায্য শুনানি বিভাগে পাঠান। অনুগ্রহ করে আপনার কাছে একটি কপি রেখে দিন।

আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই। এজেন্সির সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ: _____

ছাপানো নাম: _____ কেস নম্বর _____

ঠিকানা: _____ টেলিফোন: _____

গ্রাহকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিনের মধ্যে আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে পারেন: যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট শুনানির সময় ও স্থান জানিয়ে আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। আপনার অধিকার আছে আপনার হয়ে কোনো আইনি প্রতিনিধি, আত্মীয়, একজন বন্ধু বা অন্যান্য ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে পাঠানো বা নিজেই নিজের প্রতিনিধিত্ব করার। শুনানিতে, আপনার আইনজীবী বা অন্য প্রতিনিধির কেন পদক্ষেপ নেয়া উচিত হবে না তা দেখানোর জন্য লিখিত বা মৌখিক প্রমাণ উপস্থাপনের সুযোগ থাকবে, এর পাশাপাশি শুনানিতে উপস্থিত যেকোনো ব্যক্তিকে প্রশ্ন করার সুযোগ থাকবে। এছাড়াও, আপনার হয়ে বলার জন্য সাক্ষী আনার অধিকার আপনার আছে। এই বিজ্ঞপ্তি, পে স্টাব, রসিদ, মেডিক্যাল বিল, হিটিং বিল, মেডিক্যাল যাচাইকরণ, চিঠি ইত্যাদির মতো যে কোনো নথি যা আপনার কেসে সহায়তা করতে পারে তা আপনাকে শুনানিতে আনতে হবে।

আইনি সহায়তা: আপনার বিনামূল্যে আইনি সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনি স্থানীয় Legal Aid Society অথবা অন্য কোন আইনি অ্যাডভোকেট গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজেসের অধীনে “Lawyers” এ বা এই বিজ্ঞপ্তির সামনের পাতায় দেওয়া নম্বরে ফোন করে নিকটবর্তী Legal Aid Society বা ওকালতি গোষ্ঠীর খোঁজ পেতে পারেন।

তথ্য: আপনার কেস সম্পর্কে আরও তথ্য, কীভাবে কনফারেন্স বা ন্যায্য শুনানির আবেদন করবেন, কীভাবে আপনার ফাইল দেখবেন বা কীভাবে নথির অতিরিক্ত কপি পাবেন তা সম্পর্কে তথ্য পেতে চাইলে, এই বিজ্ঞপ্তির 1 পাতার উপরে তালিকাভুক্ত টেলিফোন নম্বরে আমাদের কল করুন বা এই বিজ্ঞপ্তির 1 পাতার উপরে ছাপানো ঠিকানায় লিখে পাঠান।

লক্ষ্য করুন: 19 বছরের কম বয়সী বাচ্চা, যারা Medicaid বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বিমার জন্য যারা যোগ্য নয় তারা শিশুদের বিমা Child Health Plus-এর জন্য যোগ্য হতে পারে। এই প্লানে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। আরও তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।