

**দীর্ঘস্থায়ী পরিচর্যার খরচের জন্য  
যে অর্থ দিতে হয় তা পরিবর্তনের আগ্রহের বিজ্ঞপ্তি**

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:	কার্যকরীর তারিখ:	এজেন্সি/কেন্দ্রে 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	
		<b>অথবা</b> এজেন্সি কনফারেন্স _____ ন্যায্য শুনানির তথ্য _____ এবং সহায়তা _____ রেকর্ড অ্যাক্সেস _____ আইনি সহায়তার তথ্য _____	
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিট বা কর্মীর নাম
			টেলিফোন নং

এই বিভাগ নিম্নলিখিতভাবে উপরে উল্লিখিত ব্যক্তির জন্য প্রয়োজনীয় পরিচর্যার খরচের জন্য আপনাকে কি পরিমাণ অর্থ দিতে হবে তার গণনা করেছে তা জানানোর জন্য এই বিজ্ঞপ্তিটি পাঠানো হয়েছে:

আগের গণনা	আয়	নতুন গণনা
থেকে _____ পর্যন্ত	থেকে _____ পর্যন্ত	থেকে _____ পর্যন্ত
সর্বমোট মাসিক আয় \$ _____	সর্বমোট মাসিক আয় \$ _____	সর্বমোট মাসিক আয় \$ _____
কর্তন - _____	কর্তন - _____	কর্তন - _____
নিট মাসিক আয় \$ _____	নিট মাসিক আয় \$ _____	নিট মাসিক আয় \$ _____
আয় ভাতা (ব্যক্তিগত প্রয়োজনের ভাতা/MA মাত্রা) - _____	আয় ভাতা (ব্যক্তিগত প্রয়োজনের ভাতা) - _____	আয় ভাতা (ব্যক্তিগত প্রয়োজনের ভাতা) - _____
কমিউনিটি স্পাউস, পরিবার সদস্য ভাতা বা পরিবারের নির্ভরশীল সদস্যের অবদান - _____	কমিউনিটি স্পাউস, পরিবার সদস্য ভাতা বা পরিবারের নির্ভরশীল সদস্যের অবদান - _____	কমিউনিটি স্পাউস, পরিবার সদস্য ভাতা বা পরিবারের নির্ভরশীল সদস্যের অবদান - _____
চিকিৎসা/নিরাময়কারী পরিচর্যার খরচ - _____	চিকিৎসা/নিরাময়কারী পরিচর্যার খরচ - _____	চিকিৎসা/নিরাময়কারী পরিচর্যার খরচ - _____
অবশিষ্ট মাসিক আয় = _____	অবশিষ্ট মাসিক আয় = _____	অবশিষ্ট মাসিক আয় = _____
স্বামী/স্ত্রীর প্রদত্ত অর্থ + _____	স্বামী/স্ত্রীর প্রদত্ত অর্থ + _____	স্বামী/স্ত্রীর প্রদত্ত অর্থ + _____
মোট আয় প্রদত্ত অর্থ \$ _____	মোট আয় প্রদত্ত অর্থ \$ _____	মোট আয় প্রদত্ত অর্থ \$ _____

এর নামে প্রদেয়: \_\_\_\_\_ এর নামে প্রদেয়: \_\_\_\_\_

দ্রষ্টব্য: আপনার মাসিক আয়ের থেকে প্রদত্ত অর্থের পরিমাণ আপনার আয়ের প্রত্যাশা-ভিত্তিক। যদি আপনার আয় বা পরিস্থিতির বদল হয় তাহলে সামঞ্জস্য করা হবে।

আগের গণনা	সম্পদ	নতুন গণনা
গণনা সম্পদ \$ _____	গণনা সম্পদ \$ _____	গণনা সম্পদ \$ _____
Medical Assistance লেভেল - _____	Medical Assistance লেভেল - _____	Medical Assistance লেভেল - _____
অতিরিক্ত সম্পদ = _____	অতিরিক্ত সম্পদ = _____	অতিরিক্ত সম্পদ = _____

পরিচর্যার খরচের জন্য প্রয়োজনীয় মাসিক আয় থেকে যে অর্থ দিতে হবে তা এইসব গণনা ভিত্তিক, যা:

- \$ \_\_\_\_\_ থেকে বেড়ে \$ \_\_\_\_\_ হবে
- \$ \_\_\_\_\_ থেকে কমে \$ \_\_\_\_\_ হবে
- কোনও পরিবর্তন নেই - আপনাকে মাসিক আয় থেকে যে অর্থ দিতে হবে তা হল \$ \_\_\_\_\_

আয়ের থেকে যে অর্থ দিতে হয় সেটি ছাড়া, \$ \_\_\_\_\_ এর অতিরিক্ত সম্পদ \_\_\_\_\_ মাসের পরিচর্যার

খরচের জন্য প্রদান করা আবশ্যিক। এই পরিবর্তন \_\_\_\_\_ থেকে কার্যকর হবে এবং এর কারণ: \_\_\_\_\_

অতিরিক্ত সম্পদের নির্ধারণের মধ্যে ব্যাঙ্ক প্রতিষ্ঠানের সঙ্গে কম্পিউটারের মিলের মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। যদি আপনার মনে হয় যে অতিরিক্ত সম্পদের পরিমাণ ভুল, তাহলে আপনাকে অবিলম্বে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 30 এর মধ্যে এজেন্সির সঙ্গে যোগাযোগ করতে হবে।

সংযুক্ত বাজেট ব্যাখ্যায় এইসব গণনা সম্পর্কে বলা আছে।

এই সিদ্ধান্তটি 18 NYCRR 360-4.9, 360-4.3(f) এবং 360-4.10 প্রবিধান এবং সমাজসেবা আইনের 366 ধারা ভিত্তিক।

*প্রবিধানের প্রয়োজনীয়তা অনুযায়ী আপনার প্রয়োজনের,  
আয়ের, সম্পদের, বাসস্থানের বা ঠিকানার যে কোন পরিবর্তন এই দপ্তরকে অবিলম্বে জানাতে হবে*

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

সংযুক্তি

cc: \_\_\_\_\_

চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম

OHIP-0100 (08/17)

**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 রেকর্ড 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:** অনুরোধ ফরমটি সম্পূর্ণ করে এখানে পাঠান: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; অথবা
- 4) চিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি সম্পূর্ণ করে Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-এ পাঠিয়ে দিন। 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।

**আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখুন:** এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত কার্যকরী তারিখের আগে যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত না জানানো পর্যন্ত আপনার আপনার সুবিধার কোনো পরিবর্তন হবে না। তবে, যদি আপনি ন্যায্য শুনানিতে হেরে যান তাহলে আমরা আপনার পাওয়া উচিত ছিল না এমন যে কোনো Medicaid খরচ আপনার থেকে নিতে পারি। যদি আপনি এই সম্ভাবনা এড়াতে চান, তাহলে আপনি আপনার সহায়তা অব্যাহত রাখতে চান না তা জানাতে নিচের বাক্সে টিক দিন এবং আপনার শুনানির অনুরোধের সঙ্গে এই পাতাটি পাঠান। যদি আপনি বাক্সে টিক দেন, তাহলে উপরে উল্লিখিত তারিখে উপরে বর্ণিত পদক্ষেপ নেয়া হবে।

ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জানানোর আগে এই বিজ্ঞপ্তি যেমন বর্ণনা করা আছে সেই মতো আমার Medicaid সুবিধার ক্ষেত্রে নেয়া পদক্ষেপের সঙ্গে আমি সম্মত।

**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 পেজের 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 প্ল্যানে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। আরো তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।