NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs

এইডস স্বাস্থ্য বীমা কর্মসূচির অধীনে স্বাস্থ্য বীমা প্রিমিয়ামের MEDICAID পেমেন্টের আবেদন/সুবিধার বিষয়ে পদক্ষেপের বিজ্ঞপ্তি

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:	কার্যকর হওয়ার তারিখ:	এজেন্সি/কেন্দ্রের বা জেলা অফিসের নাম এবং ঠিকানা
কেস নম্বর	CIN/RID নম্বর	
কেসের নাম (এবং প্রযত্নে C/O নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা		সাধারণ টেলিফোন নং. প্রশ্ন অথবা সহায়তার জন্য
		অথবা এজেন্সি কনফারেন্স ______ ন্যায্য শুনানি সম্বন্ধীয় তথ্য এবং সহায়তা ______ রেকর্ড অ্যাক্সেস ______ আইনি সহায়তার তথ্য ______

অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিট বা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং.

এই দপ্তর আপনার এইডস সম্বন্ধীয় স্বাস্থ্য বিমা কর্মসূচির অধীনে আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়ামে Medicaid পেমেন্টের অর্থ প্রদান করার যোগ্যতা নির্ধারণে একটি সিদ্ধান্ত নিয়েছে।

এই দপ্তর:

☐ ______________________ নামের ব্যক্তির জন্য (নাম(গুলি))আবেদনটি **স্বীকার** করবে, যেটির তারিখ ______ ______________________ থেকে ______________ পর্যন্ত ______________।

☐ ______________________ব্যক্তির(দের) নামে আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়ামগুলির জন্য Medicaid কর্মসূচিতে অর্থ প্রদান করার আবেদনটি আমরা গ্রহণ করেছি,
এটির জন্য আপনার গ্রহণযোগ্যতা বিচার করতে বৈধ নথিপত্র জমা দেওয়া বাকি আছে। আমরা আপনার যোগ্যতা যাচাই করে আপনার আবেদন সম্পর্কে আপনাকে আমাদের সিদ্ধান্ত জানাব। ইতিমধ্যে, আমরা আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়ামের অর্থ প্রদান করবো যেটি _______ তে (তারিখ) শুরু হচ্ছে। আপনি যোগ্য না হলে, আমরা আপনার জন্য যে সমস্ত প্রিমিয়াম প্রদান করেছি তা প্রদান করার দায় আপনার হবে।

☐ আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়াম **প্রত্যাখান** করবে। অস্বীকার করার কারণ ______________________
____
______________________।

☐ ______________ তারিখের আবেদনের জন্য কোনো **পদক্ষেপ নেওয়া হবে না** কারণ আবেদনটি প্রত্যাহার করা হয়েছিল।

☐ ______________________ থেকে
পর্যন্ত সময়ের জন্য আপনার স্বাস্থ্য বিমা প্রিমিয়ামের পেমেন্ট **অব্যাহত** রাখবে।

☐ ______________________ থেকে কার্যকরী আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়াম **বন্ধ** করা হবে।
পেমেন্ট বন্ধ করা হচ্ছে কারণ ______________________।

☐ আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়ামগুলির পেমেন্ট **বন্ধ** করা হয়েছে যা আমাদের ধারণা ______________ থেকে কার্যকর হওয়া মুলতবী থাকা বৈধ নথিপত্রের কারণে।
পেমেন্ট বন্ধ করা হচ্ছে কারণ ______________________
______________________।

পেমেন্ট প্রত্যাখ্যান বা বন্ধ হওয়ার অবস্থা হলে, আপনি Medicaid বা COBRA ধারাবাহিক কভারেজ কর্মসূচির অধীনে আপনার স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়ামগুলির পেমেন্ট দেওয়ার যোগ্য হতে পারেন।

সমাজসেবা আইনের প্রবিধান 360-7.5(i) এবং 369 k-n ধারার উপর নির্ভর করে এই সিদ্ধান্তটি নেওয়া হয়েছে।

প্রবিধান অনুযায়ী প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, সংস্থান, বসবাসের ব্যবস্থাপনা অথবা ঠিকানার ক্ষেত্রে কোনো পরিবর্তন হলে আপনাকে অবিলম্বে দপ্তরকে জানাতে হবে

এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার আছে
কিভাবে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে হয় তার জানতে বিজ্ঞপ্তির উল্টোদিকটি নিশ্চিতভাবে পড়ুন

কনফারেন্সের অধিকার: এইসব পদক্ষেপ পর্যালোচনা করার জন্য আপনি একটা কনফারেন্সের ব্যবস্থা করতে পারেন। আপনি একটি কনফারেন্স চাইলে, যত দ্রুত সম্ভব আপনাকে তার জন্য আবেদন করতে হবে। কনফারেন্সে, যদি আমরা বুঝতে পারি আমরা ভুল সিদ্ধান্ত নিয়েছিলাম বা আপনার দেওয়া তথ্যের ওপর নির্ভর করে আমরা আমাদের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করেছিলাম, তাহলে আমরা সঠিক পদক্ষেপ নেব এবং আপনাকে নতুন বিজ্ঞপ্তি দেব। আপনি এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় থাকা নম্বরে ফোন করে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার ওপরে দেওয়া ঠিকানায় লিখিত অনুরোধ জানিয়ে কনফারেন্সের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন। এই নম্বরটি কেবলমাত্র কনফারেন্সের অনুরোধ করার জন্য ব্যবহার করা হয়। ***ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার পথ এটি নয়।*** আপনি একটি কনফারেন্স করতে চাইলেও আপনার একটি ন্যায্য শুনানি চাওয়ার অধিকার আছে। যদি আপনি একটি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনার সুবিধাদি ক্রমাগত অপরিবর্তিত রাখতে চান (সহায়তা অব্যাহত রয়েছে), তাহলে আপনাকে অবশ্যই নিচে বর্ণিত পদ্ধতিতে একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে হবে। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নিচের অংশ পড়ুন।

আপনার ফাইল ও নথির প্রতিলিপিতে প্রবেশাধিকার: শুনানির জন্য নিজেকে প্রস্তুতিতে সহায়তায়, আপনার কেস ফাইল দেখার অধিকার আপনার আছে। আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, ন্যায্য শুনানিতে আমরা শুনানি অফিসারকে আপনার যেসব ফাইলগুলি দেবো সেখান থেকে নথিগুলির প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, আমরা আপনাকে অন্যান্য নথির প্রতিলিপিগুলিও বিনামূল্যে পাঠাব যা ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত হওয়ার জন্য আপনার প্রয়োজন হতে পারে বলে আপনার মনে হয়। আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, আপনার ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে বা শুনানির প্রস্তুতি নিতে আমরা আপনার কাছে নীতি সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় নির্দিষ্ট উপকরণ কোনো মূল্য ছাড়াই উপলব্ধ করব। আপনার কাছে উপলব্ধ হতে পারে এমন নীতি সংক্রান্ত উপকরণগুলিতে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে: প্রশাসনিক নির্দেশনামা, সাধারণ তথ্য ব্যবস্থার বার্তা, তথ্যমূলক চিঠি, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগের Medicaid আপডেট নিউজলেটার এবং স্থানীয় কমিশনারের স্মারকলিপি। নীতি সংক্রান্ত নির্দিষ্ট নথিগুলি চাইতে বা আপনার ফাইল কিভাবে দেখা যেতে পারে তা সম্পর্কে জানতে এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ড অ্যাক্সেসের টেলিফোন নম্বরে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান। আপনার কেস ফাইল থেকে নীতি সংক্রান্ত নির্দিষ্ট উপকরণ বা নথি আপনার প্রয়োজন হলে, সময়ের আগে আপনাকে তা জানাতে হবে। সেগুলি আপনাকে শুনানির তারিখের আগে পর্যাপ্ত সময়ের মধ্যে দেওয়া হবে। আপনি নির্দিষ্ট করে বললেই একমাত্র নথিগুলি আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

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

1) **টেলিফোন:** আপনি স্টেটের টোল ফ্রি নম্বরে ফোন করতে পারেন: 800-342-3334 (আপনি ফোন করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখুন) **অথবা**

2) **ফ্যাক্স:** ফ্যাক্স নং. (518) 473-6735 তে এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি পাঠান; **অথবা**

3) **অনলাইন:** অনলাইন অনুরোধের ফর্মটি সম্পূর্ণ করে এখানে পাঠিয়ে দিন: **http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp.; অথবা**

4) **চিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তিটির **সম্পূর্ণ** করা অনুলিপি উল্লেখ্য ঠিকানায় পাঠান: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201। অনুগ্রহ করে আপনার কাছে একটি অনুলিপি রেখে দিন।

☐ আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই। এজেন্সির সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ: ____

____

নাম প্রিন্ট করুন: ______________________________ কেস নম্বর______________________________

ঠিকানা: ____টেলিফোন: ______________________________

ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর: ____ তারিখ: ____________________

এই বিজ্ঞপ্তিতে দেওয়া তারিখ থেকে 60 দিনের মধ্যে আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে পারেন: আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করলে, স্টেট আপনাকে শুনানির সময় ও স্থান জানিয়ে আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। আপনার হয়ে কোনো আইনি প্রতিনিধি, আত্মীয়, কোনো বন্ধু বা অন্য ব্যক্তির প্রতিনিধিত্ব করার বা নিজেই নিজের প্রতিনিধিত্ব করার অধিকার আপনার আছে। শুনানিতে, কেন পদক্ষেপ নেওয়া উচিত হবে না তা দেখানোর জন্য লিখিত বা মৌখিক প্রমাণ উপস্থাপনের সুযোগ আপনার আইনজীবী বা অন্য প্রতিনিধির থাকবে, এর পাশাপাশি শুনানিতে উপস্থিত যেকোনো ব্যক্তিকে প্রশ্ন করার সুযোগও থাকবে। এছাড়াও, আপনার হয়ে বলার জন্য সাক্ষী আনার অধিকার আপনার আছে। এই বিজ্ঞপ্তি, বেতনের রসিদ, রসিদ, চিকিৎসা সংক্রান্ত বিল, হিটিং বিল, চিকিৎসা যাচাইকরণ, চিঠি ইত্যাদির মতো যে কোনো নথি আপনার শুনানিতে নিয়ে আসা উচিত যা আপনার কেসে সহায়তা করতে পারে।

আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখুন: এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত কার্যকরী তারিখের আগে যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জারি না করা পর্যন্ত আপনার সুবিধার কোনো পরিবর্তন হবে না। তবে, আপনি ন্যায্য শুনানিতে হেরে গেলে, আপনার পাওয়া উচিত নয় এমন কোনো Medicaid এর সুবিধাদির খরচ আমরা আপনার থেকে পুনরুদ্ধার করতে পারি। আপনি এই সম্ভাবনা এড়িয়ে যেতে চাইলে, আপনি যে আপনার সহায়তা অব্যাহত রাখতে চান সেই বিষয়টি চিহ্নিত করতে এবং আপনার শুনানির অনুরোধের সঙ্গে এই পৃষ্ঠাটি পাঠাতে নিচে দেওয়া বক্সে টিক দিন। আপনি বক্সটিতে টিক চিহ্ন দিতে, উপরে তালিকাভুক্ত কার্যকর হওয়ার তারিখে উপরে বর্ণিত পদক্ষেপ নেওয়া হবে।

☐ আমি, এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণনা অনুযায়ী, ন্যায্য শুনানি জারি হওয়ার আগে, আমার Medicaid সুবিধাদির উপর পদক্ষেপ নেওয়ার বিষয়ে সম্মতি জানাচ্ছি।

আইনি সহায়তা: আপনার বিনামূল্যের আইনি সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনি স্থানীয় লিগ্যাল এইড সোসাইটি (Legal Aid Society) বা অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজেস এর মধ্যে থাকা "Lawyers" এর তালিকা দেখে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় দেওয়া নম্বরে ফোন করে নিকটবর্তী লিগ্যাল এইড সোসাইটি (Legal Aid Society) বা আইনজীবী গোষ্ঠীর খোঁজ পেতে পারেন।

তথ্য: আপনার কেসটি সম্বন্ধে, কিভাবে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে হবে, কিভাবে আপনার ফাইল দেখতে হবে অথবা কিভাবে নথিগুলির অতিরিক্ত প্রতিলিপি পাওয়া যাবে সেই বিষয়ে আপনি আরো তথ্য চাইলে, এই বিজ্ঞপ্তির 1ম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত টেলিফোন নম্বরগুলিতে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির 1ম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান।

মনোযোগ সহকারে দেখুন: 19 বছরের কম বয়সী যে শিশুরা Medicaid বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বিমার যোগ্য নয় তারা শিশুদের Child Health Plus বিমা প্ল্যানের যোগ্য হতে পারে। এই প্ল্যানটি শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য সেবার বিমা প্রদান করে। আরো তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করুন।