MEDICAID দাবির পর্যালোচনার কারণে ক্রেডিটের বিজ্ঞপ্তি
(পে-ইন প্রকল্প)

<table>
<tr><td colspan="2">বিজ্ঞপ্তি
তারিখ:</td><td colspan="3" rowspan="4">এজেন্সি/কেন্দ্রে বা ডিস্ট্রিক্টের অফিসের নাম এবং ঠিকানা</td></tr>
<tr><td>কেস নম্বর</td><td>CIN নম্বর</td></tr>
<tr><td colspan="2">কেসের নাম (এবং প্রযত্নে নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">সাধারণ টেলিফোন নং. প্রশ্নের জন্য বা সহায়তার জন্য ____________
অথবা এজেন্সি কনফারেন্স ____________
ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা ____________
রেকর্ড অ্যাক্সেস ____________
আইনি সহায়তার তথ্য ____________</td></tr>
<tr><td>অফিস নং.</td><td>ইউনিট নং.</td><td>কর্মী নং.</td><td>ইউনিট বা কর্মীর নাম</td><td>টেলিফোন নং</td></tr>
</table>

আপনার হয়ে ________________ থেকে _____________________ সময়ের পরিশোধ করা Medicaid দাবিসমূহের একটি পর্যালোচনা আমরা সম্পূর্ণ করেছি। এই সময়ে, আপনি যেসব মাসে Medicaid কভারেজ নিতে চেয়েছিলেন সেইসব মাসের জন্য এই এজেন্সির কাছে আপনার বাড়তি আয় প্রদান করার সিদ্ধান্ত নিয়েছিলেন।

এই পর্যালোচনার ভিত্তিতে, আমরা দেখেছি যে আপনি আমাদেরকে যে অর্থ দিয়েছেন তার Medicaid প্রকল্পের বিলের থেকে বেশি। আপনি আমাদের বেশি অর্থ দিয়েছেন তা আমরা কীভাবে নির্ধারণ করি তা নিচে দেয়া আছে।

☐ **এক মাস বাড়তি**

উক্ত সময়ে আপনি যে যে মাসের জন্য কভারেজ চেয়েছিলেন সেই মাসের জন্য একটি পৃথক পেমেন্ট করেছেন এবং সেইসব মাসের জন্য বর্হিবিভাগীয় কভারেজ পেয়েছেন। আমরা প্রতি মাসে দাবির জন্য যে পরিমাণ অর্থ পেমেন্ট করা হয়েছে তা দেখেছি এবং সেই মাসের জন্য যে পেমেন্ট দিয়েছেন তার সঙ্গে মোট পরিমাণের তুলনা করেছি। আমরা নির্ধারণ করেছি যে আপনি এই সময়ে অতিরিক্ত $______________ পেমেন্ট করেছেন।

☐ **ছয়-মাস বাড়তি**

আপনি ছয় মাসের জন্য একবার পেমেন্ট করেছেন এবং সম্পূর্ণ কভারেজ পেয়েছেন। আমরা ছয় মাসে করা সমস্ত দাবির মোট দেখেছি এবং সেই ছয় মাসের জন্য যে পেমেন্ট দিয়েছেন তার সঙ্গে মোট পরিমাণের তুলনা করেছি। আমরা নির্ধারণ করেছি যে আপনি এই সময়ে অতিরিক্ত $______________ পেমেন্ট করেছেন।

এই অতিরিক্ত পেমেন্টের কারণে, আমরা আপনাকে $_______________ ক্রেডিট দেব, আপনার অতিরিক্ত পেমেন্টের পরিমাণ। এর ফলে নিম্নলিখিতভাবে ভবিষ্যতে কভারেজ পেতে আপনাকে অবশ্যই যে অর্থ পেমেন্ট করতে হত তার পরিমাণ কমে যাবে:

____ মাসের জন্য, আপনি বর্হিবিভাগীয় কভারেজের জন্য যোগ্য এবং আপনাকে এই এজেন্সির কাছে কোনও পেমেন্ট করতে হবে না।

____________________________ মাসের জন্য, কভারেজ পেতে আপনাকে অবশ্যই $ ___________________ পেমেন্ট করতে হবে।

____ শুরুতে, আপনাকে অবশ্যই সম্পূর্ণ বাড়তি আয় $___________________ সেই মাসে দিতে হবে যে মাসে আপনি Medicaid কভারেজ নেবেন।

এই সিদ্ধান্তটি 18 NYCRR 360-4.8 প্রবিধান এবং সমাজসেবা আইনের 366.2(b) 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

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 মাশুল 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) **টেলিফোনঃ** 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 পাশাপশি 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 প্ল্যানে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। আরও তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।