

আপনার অসঙ্গত আর্থিক সমস্যার অনুরোধের উপর সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি
(সম্পদ হস্তান্তরের জরিমানা)

বিজ্ঞপ্তি তারিখ:	কার্যকর হওয়ার তারিখ:	সংস্থা/কেন্দ্র বা ডিস্ট্রিক্ট দপ্তরের নাম এবং ঠিকানা		
কেস নম্বর	CIN নম্বর			
কেসের নাম (এবং প্রযুক্ত নাম, যদি থাকে) ও ঠিকানা		সাধারণ টেলিফোন নং. এর জন্য প্রশ্ন বা সাহায্যের জন্য _____ ----- অথবা সংস্থার সঙ্গে বৈঠকের জন্য _____ ন্যায়্য শুনানির তথ্য ও সহায়তা _____ রেকর্ডে প্রবেশ _____ আইনি সহায়তার তথ্য _____		
দপ্তর নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিটের বা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং.

আমরা আপনার নার্সিং কেন্দ্রের পরিষেবার Medicaid কভারেজের জন্য অসঙ্গত অস্বচ্ছলতার ক্ষেত্রে আপনার অনুরোধের উপর একটি সিদ্ধান্ত নিয়েছি।

আমরা _____ (তারিখ) এ বুঝতে পেরেছি যে আপনি/আপনার স্বামী বা স্ত্রী _____ [আইটেম(গুলি)] স্থানান্তরিত করেছেন যার মূল্য \$ _____। এই মূল্য এবং আসলে যে মূল্য (\$ _____) পেয়েছেন তার পার্থক্য হল \$ _____। এই রাশিকে অ-ক্ষতিপূরণ মূল্য বলে বিবেচনা করা হয়।

আপনি/আপনার স্ত্রী/স্বামী ন্যায়্যমূল্যের চেয়ে কমে সম্পদ হস্তান্তর করার কারণে আপনি নার্সিং কেন্দ্রে পরিষেবা পাওয়ার যোগ্য হবেন না, যদি না আপনি অসঙ্গত অস্বচ্ছলতার মানদণ্ড পূরণ করেন। অসঙ্গত অস্বচ্ছলতার অস্তিত্ব থাকে, যদি:

- আপনি যোগ্যতার অন্য সব প্রয়োজনীয়তা পূরণ করেন, এবং
- আপনি Medicaid প্রাপ্ত না করে উপযুক্ত চিকিৎসা পরিচর্যা পেতে অক্ষম হন **অথবা**
- হস্তান্তরের জরিমানার সময়কাল প্রয়োগ করলে তা আপনাকে খাদ্য, পোশাকআশাক, আশ্রয় বা জীবনধারণের অন্যান্য অপরিহার্য বিষয়গুলি থেকে আপনাকে বঞ্চিত করে।

উপরের মানদণ্ডের ভিত্তিতে, আমরা

আপনার নার্সিং কেন্দ্রের পরিষেবার Medicaid কভারেজের জন্য _____ তারিখ দেওয়া অসঙ্গত অস্বচ্ছলতার অনুরোধ **গ্রহণ** করবো, কারণ: _____

আপনার নার্সিং কেন্দ্রের পরিষেবার Medicaid কভারেজের জন্য _____ তারিখ দেওয়া অসঙ্গত অস্বচ্ছলতার অনুরোধ **প্রত্যাখ্যান** করবো, কারণ: _____

দৃষ্টব্য: অন্য কোনো কারণে আপনার Medicaid কভারেজ ব্যাহত হলে একটি পৃথক বিজ্ঞপ্তি সংযুক্ত করা রয়েছে।

এই সিদ্ধান্তের ভিত্তি হল সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 366.5।

সম্পদ হস্তান্তর সংক্রান্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্যের জন্য সংযুক্ত বিজ্ঞপ্তিটি পড়ুন (চিকিৎসা সহায়তার যোগ্যতার উপর সম্পদ হস্তান্তরের প্রভাব)।

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

আপনার এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপীল করার অধিকার রয়েছে
কীভাবে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপীল করতে হয় তা জানতে বিজ্ঞপ্তির উল্টোপিঠটি পড়ে নেওয়া নিশ্চিত করুন

বৈঠকের অধিকার: এইসব পদক্ষেপগুলি পর্যালোচনা করার জন্য আপনি একটি বৈঠক করতে পারেন। আপনি একটি বৈঠক করতে চাইলে যত দ্রুত সম্ভব আপনাকে তার জন্য আবেদন করতে হবে। বৈঠকে, যদি আমরা বুঝতে পারি যে 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 দেবো। আপনি এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় থাকা নম্বরে ফোন করে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত ঠিকানায় লিখিত অনুরোধ জানিয়ে বৈঠক চাইতে পারেন। এই নম্বরটি কেবলমাত্র বৈঠক চাওয়ার জন্য ব্যবহার করা হয়। **এটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার উপায় নয়।** আপনি বৈঠক করতে চাইলেও আপনার একটি ন্যায্য শুনানি চাওয়ার অধিকার থাকবে। আপনি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত আসা পর্যন্ত আপনার সুবিধাগুলি অপরিবর্তিতভাবে চালু রাখতে চাইলে (সহায়তা চালু থাকা) আপনার নীচের বর্ণনা করা উপায়ে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করা আবশ্যিক। নীচে ন্যায্য শুনানির তথ্য পড়ে নিন।

আপনার ফাইল ও নথির প্রতিলিপিতে প্রবেশাধিকার: শুনানির জন্য নিজেকে প্রস্তুত হতে সাহায্য করার জন্য আপনার নিজের কেস ফাইল দেখার অধিকার রয়েছে। আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে ন্যায্য শুনানিতে আমরা শুনানি আধিকারিককে আপনার যেসব ফাইলগুলি দেবো সেখান থেকে নথিপত্রের প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাবো। এছাড়াও, আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে আমরা আপনাকে অন্যান্য নথিপত্রের প্রতিলিপিগুলিও বিনামূল্যে পাঠাবো যা ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত হওয়ার জন্য আপনার প্রয়োজন হতে পারে বলে আপনার মনে হয়। আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি লিখলে আমরা আপনার কাছে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করবেন কিনা সেই সিদ্ধান্ত নেওয়ার অথবা শুনানির জন্য প্রস্তুত হওয়ার জন্য জরুরি পলিসির সুনির্দিষ্ট কাগজপত্র বিনা শুল্কে উপলভ্যও করবো। আপনার কাছে থাকা পলিসির কাগজপত্রের মধ্যে থাকতে পারে এইসব নথিপত্র, যেমন: প্রশাসনিক নির্দেশনা, সাধারণ তথ্য সহ সিস্টেম মেসেজ, তথ্যমূলক চিঠি, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগের Medicaid আপডেট সহ সংবাদবাহী পত্র এবং স্থানীয় কমিশনারের স্মারকলিপি। পলিসির কাগজপত্র চাইতে বা আপনার ফাইল কীভাবে দেখতে হবে তার সম্পর্কে জানতে এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ডে প্রবেশের টেলিফোন নম্বরে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান। আপনি আপনার কেস ফাইলের সুনির্দিষ্ট নথিপত্রের প্রতিলিপি চাইলে আপনাকে আগে থেকে তা বলতে হবে। শুনানির তারিখের যুক্তিসঙ্গত সময়ের আগে তা আপনাকে প্রদান করা হবে। শুধুমাত্র আপনি নির্দিষ্ট করে বললেই নথিগুলি আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

ন্যায্য শুনানির অধিকার: আপনি উপরের পদক্ষেপ ভুল বলে মনে করলে আপনি নিম্নলিখিত উপায়ে স্টেটের ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে পারেন:

- 1) টেলিফোন:** আপনি স্টেট-ব্যাপী নিঃশুল্ক নম্বরে ফোন করতে পারেন: 800-342-3334 (ফোন করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখুন) অথবা
- 2) ফ্যাক্স:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি প্রতিলিপি ফ্যাক্স নং. (518) 473-6735-তে পাঠান; অথবা
- 3) অন-লাইনে:** অনলাইন অনুরোধের ফর্মটি সম্পূর্ণ করে পাঠিয়ে দিন: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; অথবা
- 4) চিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তিটির সম্পূর্ণ করা প্রতিলিপিটি Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201 ঠিকানায় পাঠান: অনুগ্রহ করে আপনার কাছে একটি প্রতিলিপি রেখে দিন।

আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই। সংস্থার সিদ্ধান্তটি ভুল, কারণ: _____

নাম মুদ্রিত করুন: _____ কেস নম্বর _____

ঠিকানা: _____ টেলিফোন: _____

ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে আপনার হাতে এই বিজ্ঞপ্তিতে দেওয়া তারিখ থেকে 60 দিন সময় রয়েছে: আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করলে, স্টেট আপনাকে শুনানির সময় ও স্থান জানিয়ে আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। আপনার হয়ে কোনও আইনি প্রতিনিধি, আত্মীয়, কোনও বন্ধু বা অন্য ব্যক্তির প্রতিনিধিত্ব করার বা নিজেই নিজের প্রতিনিধিত্ব করার অধিকার আপনার রয়েছে। শুনানিতে, আপনার আইনজীবী বা অন্য প্রতিনিধির কেন পদক্ষেপ নেওয়া উচিত হবে না তা দেখানোর জন্য লিখিত বা মৌখিক প্রমাণ উপস্থাপনের সুযোগ থাকবে, সেইসঙ্গে শুনানিতে উপস্থিত যেকোনো ব্যক্তিকে প্রশ্ন করার সুযোগও থাকবে। এছাড়াও, আপনার পক্ষে কথা বলার জন্য সাক্ষী আনার অধিকারও আপনার থাকবে। এই বিজ্ঞপ্তি, পে স্টাব, রসিদ, চিকিৎসা সংক্রান্ত বিল, হিটিং বিল, চিকিৎসা যাচাইকরণ, চিঠি ইত্যাদির মতো যে কোনও নথি আপনার শুনানিতে নিয়ে আসা উচিত যা আপনার কেস উপস্থাপনে সহায়তা করতে পারে।

আইনি সহায়তা: আপনার বিনামূল্যের আইনি সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনি স্থানীয় Legal Aid Society বা অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজেসের অধীনে “Lawyers”-এ গিয়ে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় দেওয়া নম্বরে ফোন করে নিকটবর্তী Legal Aid Society বা আইনজীবী গোষ্ঠীর খোঁজ পেতে পারেন।

তথ্য: আপনার কেসটি সম্বন্ধে, কীভাবে ন্যায্য শুনানি চাইতে হবে, কীভাবে আপনার ফাইল দেখতে হবে অথবা কীভাবে নথিগুলির অতিরিক্ত প্রতিলিপি পাওয়া যাবে সেই বিষয়ে আপনি আরো তথ্য চাইলে, এই বিজ্ঞপ্তির পৃষ্ঠা 1 এর উপরে তালিকাভুক্ত টেলিফোন নম্বরগুলিতে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির পৃষ্ঠা 1 এর উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান।

মনোযোগ সহকারে দেখুন: 19 বছরের কম বয়সী যে শিশুরা Medicaid বা অন্য স্বাস্থ্য বিমার যোগ্য নয়, তবে Child Health Plus বিমার জন্য যোগ্য হতেও পারে। প্ল্যানের থেকে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করুন।