

MEDICAID কভারেজ বন্ধ করার সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি
(একই ডিসট্রিক্টে নকল CIN)

তারিখ:	সংস্থা/কেন্দ্র বা ডিসট্রিক্ট দপ্তরের নাম এবং ঠিকানা		
কেস নম্বর	CIN/RID নম্বর		
কেসের নাম (এবং C/O নাম, যদি থাকে) ও ঠিকানা			
		সাধারণ টেলিফোন নং. প্রশ্ন বা সাহায্যের জন্য	_____
		অথবা সংস্থার সঙ্গে বৈঠকের জন্য	_____
		ন্যায় শুনানির তথ্য ও সহায়তা	_____
		রেকর্ডে প্রবেশ	_____
		আইনি সহায়তার তথ্য	_____
দপ্তর নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিটের বা কর্মীর নাম
			টেলিফোন নং.

আমরা _____ এর জন্য ক্লায়েন্ট সনাক্তকরণ নম্বর (Client Identification Number, CIN): _____ এর অধীনে _____ তারিখ থেকে কার্যকর Medicaid/Family Planning Benefit Program কভারেজ বন্ধ করে দেবো। আপনি CIN: _____ এর অধীনে অপরিবর্তিতভাবে Medicaid/Family Planning Benefit Program এর সুবিধাগুলি পেতে থাকবেন।

কোনও আবেদনকারী বা প্রাপকের পরিচিতি ইতিমধ্যেই Medicaid/Family Planning Benefit Program কভারেজ পেতে থাকা ব্যক্তির সঙ্গে মিলে গেলে সেই ব্যক্তি অতিরিক্ত Medicaid/Family Planning Benefit Program কভারেজের সুবিধা পাওয়ার যোগ্য হবেন না।

আপনার কাছে দুটি স্বাস্থ্য সুবিধার কার্ড থাকতে পারে। আপনার কার্ডে(কার্ডগুলিতে) আপনি একটি ক্লায়েন্ট সনাক্তকরণ সংখ্যা(Client Identification Number) পাবেন। আপনাকে এই ক্লায়েন্ট সনাক্তকরণ সংখ্যার কার্ডটি নষ্ট করে ফেলতে হবে: _____। এটি আর কাজ করবে না। আপনাকে এই ক্লায়েন্ট সনাক্তকরণ সংখ্যার কার্ডটি রেখে দিতে হবে: _____। এটিই সেই কার্ড যা আপনি স্বাস্থ্য সুবিধা প্রাপ্ত করতে ব্যবহার করবেন।

আপনি _____ ম্যানেজড কেয়ার / পরিচালিত পরিচর্যা স্বাস্থ্যের প্লানে নথিভুক্ত রয়েছেন। আপনার অন্য কোনও স্বাস্থ্য প্লানের কার্ড থেকে থাকলে সেটি নষ্ট করে ফেলতে হবে। আপনার নিজের নথিভুক্তি সম্পর্কে প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে আপনার সামাজিক পরিষেবা বিভাগে _____ এর সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

এই সিদ্ধান্তের ভিত্তি হল সামাজিক পরিষেবা আইনের বিধি 18 NYCRR 351.9 এবং ধারা 366(1)(b)(6) ও 366-a(2)।

প্রবিধান অনুযায়ী প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, সংস্থান, বসবাসের ব্যবস্থাপনা অথবা ঠিকানার ক্ষেত্রে কোনও পরিবর্তন হলে আপনাকে তা অবিলম্বে দপ্তরের কাছে জানাতে হবে।

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

বৈঠকের অধিকার: এইসব পদক্ষেপ পর্যালোচনা করার জন্য আপনি একটি বৈঠক পেতে 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 দেব। 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। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নীচের অংশটি পড়ুন।

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 শুল্ক 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 রেকর্ড অ্যাক্সেসের 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। সেগুলি আপনাকে শুনানির তারিখের আগে পর্যাপ্ত সময়ের মধ্যে দেওয়া 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:** ফ্যাক্স নং. (518) 473-6735-এ এই বিজ্ঞপ্তির। একটি প্রতিলিপি পাঠান; **অথবা**
- 3) অন-লাইনে:** অনলাইনে অনুরোধের ফর্মটি সম্পূর্ণ করে এখানে পাঠিয়ে দিন: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **অথবা**
- 4) চিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তিটির **সম্পূর্ণ** করা প্রতিলিপিটি এই 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 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, বেতনের রসিদ, 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 (আইনি সহায়ক সমিতি) বা অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা প্রাপ্ত করতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজের "Lawyers" এর অধীনে গিয়ে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় দেওয়া নম্বরে ফোন করে নিকটবর্তী Legal Aid Society (আইনি সহায়ক সমিতি) 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 তারা শিশুদের Child Health Plus বিমার প্ল্যানের যোগ্য হতে পারে। এই প্ল্যানটি শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যার বিমা প্রদান করে। আরও তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করুন।