NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs

আপনার MEDICAID/FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM এবং/অথবা MEDICARE SAVINGS PROGRAM কভারেজ (কাউন্টি A)-এর স্থানান্তরের বিজ্ঞপ্তি

<table>
<tr><td colspan="2">তারিখ:</td><td rowspan="2">এজেন্সি/কেন্দ্র অথবা ডিস্ট্রিক্ট অফিসের ঠিকানা</td></tr>
<tr><td>কেস নম্বর</td><td>CIN/RID নম্বর</td></tr>
<tr><td colspan="2">কেসের নাম (এবং C/O-এর নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা</td><td>সাধারণ টেলিফোন নং.
প্রশ্ন অথবা সাহায্যের জন্য ____________
অথবা এজেন্সি কনফারেন্স ____________
ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা ____________
রেকর্ডে প্রবেশাধিকার ____________
আইনি সহায়তার তথ্য ____________</td></tr>
</table>

অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মীর নং.	ইউনিট অথবা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং

এটি আপনাকে জানানোর জন্য প্রদান করা হচ্ছে যে আমরা ______________________________ পর্যন্ত ____________________
____
নামগুলির জন্য Medicaid/Family Planning Benefit Program এবং/অথবা Medicare Savings Program অব্যাহত রাখব।

কারণ আপনি আমাদের আপনার স্থানান্তরণের ব্যাপারে জানিয়েছেন, আপনার কেসটি ______________________ কার্যকর তারিখ থেকে আপনার আবাসনের নতুন ডিস্ট্রিক্টে স্থানান্তরিত করা হবে। আপনি আপনার নতুন ডিস্ট্রিক্ট থেকে আপনার কভারেজের ব্যাপারে আরও তথ্য পাবেন।

Medicaid ম্যানেজড় কেয়ার নথিভুক্তদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

যদি আপনার নতুন কাউন্টিতে আপনার বর্তমান প্ল্যানটি প্রদান করা হয় তাহলে আপনি একই ম্যানেজড় কেয়ার প্ল্যানে নথিভুক্ত হবেন। যদি আপনার নতুন কাউন্টিতে আপনার বর্তমান প্ল্যান প্রদান না করা হয় তাহলে উপরোক্ত কার্যকরী তারিখের পর থেকে একজন Medicaid পরিষেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাওয়ার জন্য New York রাজ্য বেনিফিট সনাক্তকরণ কার্ড (New York State Benefit Identification Card) ব্যবহার করতে হবে।
যদি আপনাকে নতুন কাউন্টিতে একটি নতুন Medicaid ম্যানেজড় কেয়ার প্ল্যানে নথিভুক্ত হতে হয় তাহলে আপনাকে উপলব্ধ প্ল্যান নির্বাচনের ব্যাপারে তথ্য পাঠানো হবে। আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যান নথিভুক্তকরণ সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে আপনার নতুন স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টের ম্যানেজড় কেয়ার ইউনিটে ফোন করুন।

অতিরিক্ত আয় (স্পেন্ডডাউন) কেস

যে ব্যক্তিদের আয় অনুমতিযোগ্য Medicaid আয় সীমার বেশি হয় এবং যারা ____________ থেকে শুরু হওয়া Excess Income Program এ ____________ প্রারম্ভে অংশগ্রহণ করেন, তাহলে আপনাকে আপনার নতুন কাউন্টির Medicaid অফিসে পরিশোধিত অথবা অপরিশোধিত চিকিৎসাগত ব্যয়ের প্রমাণ প্রদান করতে হবে। আপনি আপনার নতুন কাউন্টিকেও আপনার অতিরিক্ত আয়ের পরিমাণ পরিশোধ করতে পারেন।

Family Planning Benefit Program নথিভুক্তদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

উপরোক্ত কার্যকরী তারিখ পর্যন্ত Family Planning Benefit Program-এ আপনার নথিভুক্তকরণ অব্যাহত থাকবে।

Medicare Savings Program নথিভুক্তদের জন্য গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

উপরোক্ত কার্যকরী তারিখ পর্যন্ত Medicare Savings Program-এ আপনার নথিভুক্তকরণ অব্যাহত থাকবে।

সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 365(1) এবং 364-j-এর ভিত্তিতে এই সিদ্ধান্তটি নেওয়া হয়েছে।

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

আপনার কাছে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আবেদন জানানোর অধিকার আছে
এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে কিভাবে আপত্তি জানাবেন তার জন্য এই বিজ্ঞপ্তির অপর দিক অবশ্যই পড়ে নেবেন

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 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 আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, ন্যায্য শুনানিতে আমরা শুনানি অফিসারকে আপনার যেসব ফাইলগুলি দেবো সেখান থেকে নথিগুলির প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপনি যদি আমাদের কল করেন, চিঠি দেন, তাহলে ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত হতে আপনার ফাইলগুলি থেকে অন্যান্য নথিপত্রের কপি আপনাকে দেব। যদি আপনি আমাদেরকে কল করেন অথবা পত্র লেখেন তাহলে একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত নেবেন নাকি শুনানির জন্য প্রস্তুতি নেবেন তার জন্য আমরা বিনামূল্যে আপনাকে আবশ্যক নির্দিষ্ট নীতি সামগ্রী প্রদান করব। আপনার জন্য লভ্য নীতি সামগ্রীর মধ্যে এই নথিপত্রগুলি থাকতে পারে যেমন: প্রশাসনিক নির্দেশাবলী, সাধারণ ইনফর্মেশন সিস্টেম মেসেজ, তথ্যগত পত্র, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগ Medicaid আপডেট নিউজলেটার এবং স্থানীয় কমিশনার মেমোরান্ডামস। নির্দিষ্ট নীতি সামগ্রী, নথিপত্র অনুরোধ করার জন্য, অথবা আপনার ফাইল কিভাবে দেখতে হবে তা জানার জন্য এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পৃষ্ঠার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ড অ্যাক্সেস টেলিফোন নম্বরে আমাদেরকে কল করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পৃষ্ঠার উপরে দিকে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদেরকে পত্র লিখুন। 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 পদক্ষেপ ভুল, তাহলে আপনি নিম্নলিখিত উপায়ে স্টেটের ন্যায্য শুনানির জন্য অনুরোধ করতে পারেন:

1) **টেলিফোন:** আপনি স্টেট জুড়ে টোল ফ্রি নম্বরে ফোন করতে পারেন: 800-342-3334 (আপনি কল করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখবেন); **অথবা**
2) **ফ্যাক্স:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি প্রতিলিপি ফ্যাক্স নম্বর (518) 473-6735-এ পাঠান; **অথবা**
3) **অন-লাইন:** অনলাইন অনুরোধ ফর্মটি সম্পূর্ণ করুন এবং এখানে পাঠান: 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 কপি রেখে দিন।

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

____

নাম প্রিন্ট করুন: ______________________________ কেস নম্বর______________________________

ঠিকানা: ______________________________ টেলিফোন: ______________________________

গ্রাহকের স্বাক্ষর: ______________________________ তারিখ: ______________________________

একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার জন্য আপনার কাছে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিন সময় আছে: যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট 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 পাশাপশি 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।

আইনি সহায়তা: আপনার বিনামূল্যের আইনি সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনি স্থানীয় Legal Aid Society অথবা অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে এরকম সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজেসের অধীনে "Lawyers" টিক চিহ্ন দিয়ে অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় উল্লেখিত নম্বরে ফোন করে নিকটবর্তী Legal Aid Society অথবা আইনজীবী গোষ্ঠীর খোঁজ পেতে পারেন।

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

লক্ষ্য করুন: 19 বছরের কম বয়সী যে শিশুরা Medicaid বা অন্য স্বাস্থ্য বীমার জন্য যোগ্য নয় তারা বাচ্চাদের জন্য Child Health Plus বীমার জন্য যোগ্য হতে পারে। এই প্ল্যানে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।