

আপনার Medicare প্রিমিয়াম পরিশোধ করার উদ্দেশ্যে সহায়তার জন্য আপনি যোগ্য হতে পারেন

তারিখ:

মাননীয় _____:

আপনি সম্প্রতি আপনার Medicare ভাগ D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজের ক্ষেত্রে অতিরিক্ত সহায়তার জন্য সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনে আবেদন করেছেন। সেই সময়ে আপনি Medicare Savings Program এর মাধ্যমে আপনার Medicare খরচের সাহায্যের মূল্যায়নের উদ্দেশ্যে আপনার আবেদন New York State Medicaid অফিসে পাঠানোর জন্য সম্মতি জ্ঞাপন করেছেন Medicare Savings Program। Medicare Savings Program হলো একটি সুবিধা যা Medicaid অফিসের মাধ্যমে পরিচালনা করা হয়।

এই সুবিধার জন্য আপনি যোগ্য কিনা নির্ধারণ করার জন্য আমাদের কিছু অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন আছে:

ধাপ 1: অনুগ্রহ করে সংযুক্ত “তথ্যের জন্য অনুরোধ” ফর্মটি সম্পূর্ণ করুন।

ধাপ 2: আপনার Medicare কার্ডের (লাল, সাদা এবং ব্লু কার্ড) সামনে এবং পিছনের দিকে একটি ফটোকপি তৈরি করুন।

ধাপ 3: আয়ের প্রমাণপত্র সংগ্রহ করুন যেমন পেচেক স্টাব, নিয়োগকর্তার পত্র, আয়কর রিটার্ন, কোনও অনুপার্জিত আয় সহায়তার থেকে অ্যাওয়ার্ড পত্র যেমন বেকার, অথবা সৈন্যবল থেকে অবসরপ্রাপ্ত সুবিধা অথবা বাড়িওয়ালা, বোর্ডার অথবা ভাড়াটের থেকে পত্র। যদি আপনি আপনার স্বামী-স্ত্রীর সঙ্গে বসবাস করেন থাকেন তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার স্বামী-স্ত্রীর আয়ের প্রমাণপত্র সংযুক্ত করুন (আপনার স্বামী-স্ত্রী আবেদন না করে থাকলেও)।

ধাপ 4: Medicare প্রিমিয়াম বাদে আপনি অন্য কোনও স্বাস্থ্য বীমার প্রিমিয়াম পরিশোধ করে থাকলে প্রমাণ সংগ্রহ করুন। নিয়োগকর্তার পত্র, প্রিমিয়াম বিবৃতি অথবা পে স্টেব প্রিমিয়ামের প্রমাণ হতে পারে। আপনার গণনাযোগ্য আয় থেকে আপনার অন্যান্য পরিশোধিত প্রিমিয়াম পরিমাণ বিয়োগ করা যেতে পারে এবং এটি আপনাকে Medicare Savings Program-এর জন্য যোগ্য হতে সাহায্য করতে পারে।

ধাপ 5: যদি আপনি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে নাগরিক না হন, অনুগ্রহ করে আপনার বর্তমান অভিবাসন অবস্থান নির্দেশ করে এমন নথিপত্রের প্রতিলিপি সংগ্রহ করুন।

ধাপ 6: উপরে বর্ণিত নথিপত্রের প্রতিলিপি সহ সম্পূর্ণ করা, স্বাক্ষরিত এবং তারিখ উল্লেখিত আবেদনটি প্রদত্ত খামে ফেরত পাঠান।

অনুগ্রহ করে _____ তারিখের মধ্যে ফেরত পাঠান।

সংযুক্তি

OHIP-0035 bn (12/27/16)

যদি আমরা অনুরোধ করা তথ্যটি না পাই তাহলে আপনি Medicare Savings Program-এর মাধ্যমে সুবিধা পাবেন না এবং আমরা আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠিয়ে জানাব যে আপনি Medicare Savings Program-এর জন্য যোগ্য নন।

আপনি সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধার জন্য বিবেচিত হওয়ার অনুরোধ করার উদ্দেশ্যে “তথ্যের জন্য অনুরোধ” ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই ফর্মের প্রশ্নের জন্য “হ্যাঁ” টিক চিহ্ন দিলে আমরা Medicaid সুবিধার উদ্দেশ্যে আবেদন করার জন্য আপনাকে একটি আলাদা আবেদন প্যাকেট পাঠাব।

যদি আপনার এই ফর্মের বিষয়ে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, আপনি উপরোক্ত Medicaid অফিসের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন অথবা স্বাস্থ্য বীমা তথ্য পরামর্শ এবং সহায়তা প্রকল্প (Health Insurance Information Counseling & Assistance Program, HIICAP)-এর সাথে 1-800-701-0501 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন। TTY ব্যবহারকারীদের 1-877-486-2048 নম্বরে কল করা উচিত।