

ভুলে খোলা MEDICARE SAVINGS PROGRAM কেসের বিজ্ঞপ্তি

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:	কার্যকরী তারিখ:	এজেন্সি/কেন্দ্রে বা ডিস্ট্রিক্টের অফিসের নাম এবং ঠিকানা		
কেস নম্বর	CIN নম্বর			
কেসের নাম (এবং প্রযুক্তি C/O নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা				
		সাধারণ টেলিফোন নং. প্রম্ন অথবা সাহায্যের জন্য		
		অথবা এজেন্সি কনফারেন্স		
		ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা		
		রেকর্ড অ্যাক্সেস		
		আইনি সহায়তার তথ্য		
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মীর নং.	ইউনিট অথবা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং

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

আপনার আবেদনটি গ্রহণ করার সময়, ভুলে একটি ডুপ্লিকেট কেস খোলা হয়েছিল। ডুপ্লিকেট কেসটি বন্ধ করা হচ্ছে বলে জানানোর জন্য এই বিজ্ঞপ্তিটি পাঠানো হচ্ছে।

আমরা ক্লায়েন্ট আইডেন্টিফিকেশন নম্বর (CIN) _____-এর অধীনে _____-এর জন্য
_____ কার্যকরী তারিখ থেকে Medicare Savings Program সুবিধা বন্ধ করে দেব।

- আপনি অব্যাহতভাবে CIN _____-এর অধীনে Medicare Savings Program সুবিধা পেতে থাকবেন।
- আপনি অব্যাহতভাবে CIN _____-এর অধীনে Medicaid অপরিবর্তিত রূপে পেতে থাকবেন।
 - এটির কারণ হলো আপনার \$ _____-এর নিট আয় (ডিডাক্টিবেল-এর কম মোট Medicaid আয়) \$ _____-এর Medicare Savings Program আয় সীমার উর্ধ্বে।
 - এটির কারণ হলো আপনার কাছে Excess Income Program-এ অথবা Medicare Savings Program-এ অংশগ্রহণ করার বিকল্প আছে। Medicare Savings Program (MSP) সুবিধা পাওয়ার বিকল্পের জন্য সংযুক্ত OHIP-0037, কল্প দেখুন।

(প্রযোজ্য হলে টিক চিহ্ন দিন)

- আপনার কাছে হয়তো একটির চেয়ে বেশি বেনিফিট আইডেন্টিফিকেশন কার্ড আছে। সুবিধা পাওয়ার জন্য আপনার নিজের আসল কার্ডটি ব্যবহার করা উচিত। আপনার কার্ডে(গুলিতে) আপনি একটি ক্লায়েন্ট আইডেন্টিফিকেশন নম্বর দেখতে পাবেন।
 - আপনার ক্লায়েন্ট আইডেন্টিফিকেশন নম্বর _____ সহ কার্ডটি নষ্ট করে দেওয়া উচিত, যদি আপনি একটি পেয়ে থাকেন। এটি আর কাজ করবে না।
 - আপনার ক্লায়েন্ট আইডেন্টিফিকেশন নম্বর সহ কার্ডটি _____ রেখে দেওয়া উচিত। স্বাস্থ্য সুবিধা পাওয়ার জন্য আপনি এই কার্ডটি ব্যবহার করবেন।

যে আইন(সমূহ) এবং/অথবা নিয়ম(সমূহ) আমাদের এরকম করার অনুমতি দেয় তা হলো সামাজিক পরিষেবা আইনের প্রবিধান 18 NYCRR 351.9।

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

কিভাবে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে হয় তার জানতে বিজ্ঞপ্তির উল্টোদিকটি নিশ্চিতভাবে পড়ুন।

কনফারেন্সের অধিকার: এইসব পদক্ষেপ পর্যালোচনা করার জন্য আপনাকে কনফারেন্স থাকতে হতে পারে। 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। আপনার ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত পাওয়ার আগে পর্যন্ত যদি আপনি আপনার সুবিধাগুলি অপরিবর্তিতভাবে অব্যাহত রাখতে চান (সহায়তা অব্যাহত থাকা), তাহলে আপনাকে নিম্নে বর্ণিত অনুরোধ ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে হবে। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নিচের অংশ পড়ুন।

আপনার ফাইল ও নথির প্রতিলিপিতে 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 আবশ্যিক 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 ছাপান: _____ 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 পাশাপাশি শুনানিতে উপস্থিত যেকোনো ব্যক্তিকে প্রশ্ন করার সুযোগও 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।

আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখুন: আপনি বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখিত কার্যকরী তারিখের আগে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করে থাকলে ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জানানো পর্যন্ত আপনি আপনার অপরিবর্তিত সুবিধা অব্যাহতভাবে পেতে থাকবেন। তৎসঙ্গেও, যদি আপনি ন্যায্য শুনানিতে হেরে যান, তাহলে আমরা আপনার Medicaid সুবিধার খরচ ফেরত নিতে পারি যা আপনার পাওয়া উচিত ছিল না। যদি আপনি এরকম সম্ভাবনা এড়াতে ইচ্ছুক হন তাহলে আপনি আপনার সহায়তা অব্যাহত রাখতে চান না নির্দেশ করার জন্য বাস্তব টিক চিহ্ন দিন এবং আপনার শুনানির অনুরোধের সাথে এই পৃষ্ঠাটি পাঠিয়ে দিন। যদি আপনি এই বাস্তব টিক চিহ্ন না দেন তাহলে উপরোক্ত কার্যকরী তারিখে বর্ণিত ব্যবস্থা গ্রহণ করা হবে।

আমি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত আসার আগে এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত হিসেবে আমার Medicaid সুবিধার ওপর ব্যবস্থা নেওয়ার জন্য সম্মতি জ্ঞাপন করছি।

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।