MEDICAID কভারেজ পরিবর্তনের উদ্দেশ্যের বিজ্ঞপ্তি (প্রাপককে একটি পরিচালিত দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা পরিকল্পনা (Managed Long Term Care Plan) এর থেকে বিনথিভুক্ত করা হয়েছে, কোনও আবাসন ভাতা নেই)

বিজ্ঞপ্তি 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** এজেন্সির সঙ্গে বৈঠক ________ ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা ________ রেকর্ডে প্রবেশ ________ আইনি সহায়তার তথ্য ________

দপ্তর নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিটের বা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং.

আপনাকে অবহিত করা হচ্ছে যে আমরা আপনার Medicaid কার্যক্রমের যোগ্যতা পুনর্গণনা করেছি যা ________________ তারিখ থেকে ________________ নামের(নামগুলির) জন্য কার্যকর হবে।

এর কারণ হল আপনি আর কোনও পরিচালিত দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা পরিকল্পনা (Managed Long Term Care Plan) স্বাস্থ্য প্ল্যানে নথিভুক্ত নেই। আপনি এই স্বাস্থ্য প্ল্যানে নথিভুক্ত থাকার সময় আপনি একটি $________________ আবাসন ভাতার অধিকারী হবেন।

আপনি আর স্বাস্থ্য প্ল্যানটিতে নথিভুক্ত না থাকায় আপনি আর এই আবাসন ভাতা পাওয়ার অধিকারী নন। নিম্নলিখিত গণনাগুলির ভিত্তিতে আপনার Medicaid যোগ্যতা সংশোধন করা হয়েছে:

মাসিক স্থূল আয়	$ ____________
মোট কর্তনসমূহ	$ ____________
ব্যালেন্স	$ ____________
Medicaid প্রমাণ আয়	$ ____________
নতুন মাসিক অতিরিক্ত আয়	$ ____________
নতুন অতিরিক্ত আয় (ছয় মাসের)	$ ____________
আগেকার মাসিক অতিরিক্ত আয়ের রাশি ছিল	$ ____________
আগেকার ছয় মাসের অতিরিক্ত আয়ের রাশি ছিল	$ ____________

উপরের গণনার ভিত্তিতে, আপনার নীট আয় (স্থূল আয় থেকে Medicaid কর্তনসমূহ বাদ দিয়ে) অনুমোদনযোগ্য Medicaid প্রমাণ আয় $__________ এর চেয়ে $__________ বেশি। সীমার থেকে বেশি রাশিকে বাড়তি আয় বা বাড়তি খরচ বলা হয়। আপনার মাসিক বাড়তি আয়ের পরিমাণ হল $__________।

এর মানে হল এই যে অতিরিক্ত কভারযুক্ত বর্হিবিভাগের খরচের অর্থপ্রদানের জন্য যোগ্য হতে আপনাকে আপনার প্রতিমাসের অর্থপ্রদত্ত বা অর্থপ্রদান না করা চিকিৎসা খরচের হিসাব আপনার সামাজিক পরিষেবা দপ্তরে জমা দিতে হবে যা মাসিক আয় $__________ এর সমান বা তার থেকে বেশি। আপনার বহির্বিভাগের কভারেজের প্রয়োজন এমন যে কোনও মাসের জন্য আপনি আপনার অতিরিক্ত আয়ের রাশি আপনার সামাজিক পরিষেবা দপ্তরে জমা দিতে পারেন। আপনার নিজের সামাজিক পরিষেবা দপ্তর খুঁজে পেতে সহায়তার প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে এই Medicaid হেল্প লাইন দপ্তরে যোগাযোগ করুন: 1-800-541-2831।

আপনি হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে এবং আপনার চিকিৎসার (অর্থপ্রদান করা বা না করা) খরচ ছয় মাসের বাড়তি আয় $__________ হলে অথবা অন্যান্য চিকিৎসা (অর্থপ্রদান করা বা না করা) খরচ ছয় মাসের বাড়তি আয়ের সমান বা তার বেশি হলে আপনি Medicaid এর আন্তঃ ও বর্হিবিভাগ উভয়ের কভারেজের যোগ্য হতে পারেন। অনুগ্রহ করে সংযুক্ত "অতিরিক্ত আয়ের কার্যক্রম" ও "ঐচ্ছিক পে-ইন কার্যক্রম এর ব্যাখ্যা" পড়ুন।

কোনও কোনও পরিস্থিতিতে, MEDICAID কার্যক্রম পরিপূরক চাহিদার ট্রাস্ট(SUPPLEMENTAL NEEDS TRUST)-এ ন্যস্ত আয়কে গণনা করে না। অনুগ্রহ করে সংযুক্ত "MEDICAID যোগ্যতার উপর ট্রাস্টের প্রভাবের ব্যাখ্যা" পড়ুন। এই তথ্য এখানে স্বাস্থ্য বিভাগের ওয়েবসাইটেও পাওয়া যাবে: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts।

আমরা একটি বাজেট ওয়ার্কশীট সংযুক্ত করেছি যাতে আমরা কীভাবে আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করেছি তা আপনি দেখতে পারেন। আপনার সহায়তার প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে উপরের টেলিফোন নম্বরে আপনার সামাজিক পরিষেবা ডিসট্রিক্টের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

এই সিদ্ধান্তের ভিত্তি হল সামাজিক পরিষেবা আইনের বিধি 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 ও 360-4.8, এবং ধারা 366-a(2) ও 366.14।

প্রবিধান অনুযায়ী প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, সংস্থান, বসবাসের ব্যবস্থাপনা অথবা ঠিকানার ক্ষেত্রে কোনো পরিবর্তন হলে আপনাকে অবিলম্বে তা দপ্তরকে 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 আবশ্যক। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নীচের অংশটি পড়ুন।

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:** অনলাইন 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: ____________________

এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিনের মধ্যে আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে পারেন।

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 কোনো নথি আপনার শুনানিতে নিয়ে আসা উচিত যা আপনার কেসে সহায়তা করতে পারে।

আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখা: আপনি এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখ করা তারিখের আগে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করলে আপনি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জারির আগে পর্যন্ত আপনার সুবিধাগুলি অপরিবর্তিতভাবে পেতে থাকবেন। তবে, আপনি ন্যায্য শুনানিতে হেরে গেলে আমরা আপনার পাওয়া উচিত ছিল না এমন যে কোনও চিকিৎসা সহায়তা সুবিধার খরচ আপনার থেকে ফেরত নিতে পারি। আপনি এই সম্ভাবনা এড়াতে চাইলে আপনি যে সহায়তা অব্যাহত থাকা চান তা নির্দেশ করতে নীচের বক্সে টিক দিন এবং এই পৃষ্ঠাটি আপনার শুনানির অনুরোধের সঙ্গে পাঠান। আপনি বক্সটিতে টিক দিলে উপরের তালিকাভুক্ত কার্যকর হওয়ার তারিখে উপরে বর্ণিত পদক্ষেপ নেওয়া হবে।

☐ আমি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জারির আগে এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত আমার চিকিৎসা সহায়তা সুবিধাগুলির উপর পদক্ষেপ নেওয়ায় সম্মতি দিচ্ছি।

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 পেজেস এর "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।

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 অফিসারকে আপনার যেসব ফাইলগুলি দেবো সেখান থেকে নথিগুলির প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, আমরা আপনাকে অন্যান্য নথির প্রতিলিপিগুলিও বিনামূল্যে পাঠাব যা ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত হওয়ার জন্য আপনার প্রয়োজন হতে পারে বলে আপনার মনে হয়। নথিগুলি চাইতে বা আপনার ফাইল কিভাবে দেখা যেতে পারে তা সম্পর্কে জানতে এই বিজ্ঞপ্তির 1ম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ড অ্যাক্সেসের টেলিফোন নম্বরে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির 1ম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান।

আপনি আপনার কেস ফাইল থেকে নথিগুলির প্রতিলিপি চাইলে যথা সময়ের আগেই আপনাকে তা বলতে হবে। সেগুলি আপনাকে শুনানির তারিখের আগে পর্যাপ্ত সময়ের মধ্যে দেওয়া হবে। শুধুমাত্র আপনি নির্দিষ্ট করে বললেই নথিগুলি আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

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 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।