

আপনার MEDICAID আবেদনের বিষয়ে সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি  
(Family Planning Benefit Program স্বীকৃতি)

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:	এজেন্সি/কেন্দ্র অথবা ডিস্ট্রিক্ট অফিসের ঠিকানা			
কেস নম্বর	CIN/RID নম্বর			
কেসের নাম (এবং C/O-এর নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা		সাধারণ টেলিফোন নং. প্রস্নের জন্য বা প্রস্ন অথবা সাহায্য _____		
		অথবা এজেন্সি কনফারেন্স _____ ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা _____ রেকর্ডে প্রবেশাধিকার _____ আইনি সহায়তা তথ্য _____		
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মীর নং.	ইউনিট অথবা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং

আমরা নিম্নলিখিত ব্যক্তির উদ্দেশ্যে \_\_\_\_\_ কার্যকর তারিখ থেকে Family Planning Benefit Program-এর জন্য আপনার আবেদন স্বীকার করেছি:

(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_  
(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_  
(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_

এটির কারণ হলো \$ \_\_\_\_\_ -এর আপনার মোট আয় \$ \_\_\_\_\_ -এর সমান বা কম যা Family Planning Benefit Program-এর জন্য আয়ের সীমা।

এর অর্থ হলো Medicaid কেবল পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবার জন্য পরিশোধ করবে। পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবাগুলি হলো সেই পরিষেবা যা অবাঞ্ছিত গর্ভাবস্থা প্রতিরোধ করতে অথবা কমাতে সাহায্য করতে পারে। পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবা প্যাকেজের মধ্যে রয়েছে নির্দিষ্ট প্রেসক্রিপশন এবং নন-প্রেসক্রিপশন ঔষধ, চিকিৎসাগত সরবরাহ, পরিবহন, বন্ধ্যাকরণ এবং চিকিৎসাগত পরামর্শ।

আপনি নিজের জন্য অথবা অন্য যে ব্যক্তিদের জন্য আবেদন করেছেন তাদের জন্য পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবা না চান তাহলে আপনার কর্মীকে জানান।

আমরা Medicaid-এর জন্য যোগ্যতাও মূল্যায়ন করি। নিম্নলিখিত ব্যক্তির Medicaid-এর জন্য যোগ্য নন।

(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_  
(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_

এটির কারণ হলো \$ \_\_\_\_\_ -এর আপনার মোট আয় \$ \_\_\_\_\_ -এর চেয়ে বেশি যা 21 এবং 65 বয়সী একজন ব্যক্তি/সন্তান-বিহীন দম্পতি, 19 এবং 20 বয়সী স্বনির্ভরভাবে জীবনযাপনকারী ব্যক্তি এবং 21-এর চেয়ে কম বয়সী বাচ্চার পিতা-মাতার জন্য অনুমতিযোগ্য Medicaid আয়ের সীমা।

(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_  
(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_

এটির কারণ হলো \$ \_\_\_\_\_ -এর আপনার মোট আয় \$ \_\_\_\_\_ -এর চেয়ে বেশি, যা 19 বছরের কম বয়সী ব্যক্তিদের জন্য অনুমতিযোগ্য Medicaid আয়ের সীমা।

(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_  
(নাম) \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আইডি # \_\_\_\_\_

এটির কারণ হলো \$ \_\_\_\_\_ -এর আপনার মোট আয় \$ \_\_\_\_\_ -এর চেয়ে বেশি যা পিতা-মাতা অথবা পরিচর্যাকারী আত্মীয়ের সাথে বসবাসকারী 19 এবং 20 বয়সী ব্যক্তিদের জন্য অনুমতিযোগ্য Medicaid আয়ের সীমা।

আপনার \$ \_\_\_\_\_ -এর মোট আয় অনুমতিযোগ্য \$ \_\_\_\_\_ Medicaid আয় সীমার চেয়ে বেশি বলে আপনি স্পেন্ডডাউন সহ Medicaid -এর জন্য যোগ্য নন। সীমার উর্ধ্বে পরিমাণকে অতিরিক্ত আয় অথবা স্পেন্ডডাউন বলা হয়। আপনার মাসিক অতিরিক্ত আয়ের পরিমাণ হলো \$ \_\_\_\_\_। আপনার কোনও নথিপত্র পাই নি যে আপনার বীমা দ্বারা কভার না করা পরিশোধিত অথবা অপরিশোধিত চিকিৎসাগত ব্যয় আছে যা আপনার অতিরিক্ত আয়ের সমান অথবা বেশি।

যদি আপনি আপনার অতিরিক্ত আয়ের সমান চিকিৎসাগত বিল পান অথবা আপনার আয় কমে গেলে আপনি পুনরায় আবেদন করতে পারেন।

অনুগ্রহ করে সংযুক্ত "অতিরিক্ত আয় প্রকল্পের ব্যাখ্যা" এবং "ঐচ্ছিক পে-ইন প্রকল্প" পড়ুন।

আমরা বাজেট ওয়ার্কশিট(গুলি) সংযুক্ত করেছি যাতে আপনি দেখতে পারেন যে আমরা কিভাবে সুবিধার জন্য নির্ধারণ করেছি।

এই সিদ্ধান্তটি সামাজিক পরিষেবা আইনের সেকশন 366(1)(b)-এর ভিত্তিতে নেওয়া হয়েছে।

**যদি আপনার আয় Medicaid** কভারেজের জন্য খুব বেশি হয়, আপনি তবুও স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজ পেতে পারেন।

যে ব্যক্তি এবং পরিবারের FPL-এর 400% পর্যন্ত ফেডেরাল কর ফাইল করেন অথবা ফাইল করবেন যা ব্যক্তির \$48,240-এর সমান এবং চার জনের পরিবারের জন্য \$98,400-এর সমান (2017 FPLs-এর ভিত্তিতে), New York এর স্বাস্থ্য সুবিধা বিনিময় NY State of Health এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য বীমা কিনতে সহায়তার জন্য সাহায্যের জন্য অ্যাডভান্স ট্যাক্স ক্রেডিট যোগ্য হতে পারেন। যদি বার্ষিক আয় FPL-এর 400% চেয়ে বেশি হয়, স্বাস্থ্য বীমা NY State of Health-এর মাধ্যমে কেনা যেতে পারে।

যদি আপনার NY State of Health-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেনার জন্য আবেদন করতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে সহায়তা লভ্য আছে। স্বাস্থ্য কভারেজ বিকল্পের বিষয়ে আপনার বোঝার জন্য এবং একটি প্লানে লিখিত হতে সাহায্যের জন্য Navigators এবং Certified Application Counselors এর মতো প্রশিক্ষিত লোকেরা আছেন। আপনার সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগও আপনার আবেদন এবং পছন্দের বিষয়ে আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

New York State of Health-এর ব্যাপারে আরও জানার জন্য এবং আপনার এলাকায় Navigators অথবা Certified Application Counselors খোঁজার জন্য অনুগ্রহ করে 1-855-355-5777 নম্বরে কল করুন অথবা <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>-এ আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন।

প্রবিধান অনুযায়ী প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, সম্পদ, বসবাসের ব্যবস্থাপনা অথবা ঠিকানার ক্ষেত্রে কোনো পরিবর্তন হলে  
আপনাকে অবিলম্বে দস্তুরকে 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 আবশ্যিক নির্দিষ্ট নীতি সামগ্রী প্রদান করব। আপনার কাছে উপলভ্য হতে পারে এমন নীতি উপকরণসমূহে এগুলো অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে: প্রশাসনিক নির্দেশাবলী, সাধারণ ইনফর্মেশন সিস্টেম মেসেজ, তথ্যগত পত্র, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগ Medicaid আপডেট নিউজলেটার এবং স্থানীয় কমিশনার মেমোরান্ডামস। নির্দিষ্ট নীতি সংক্রান্ত উপকরণ, নথি বা আপনার ফাইল কিভাবে দেখা যেতে পারে তা সম্পর্কে এই বিজ্ঞপ্তির পাতার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ড অ্যাক্সেস টেলিফোন নম্বরে কল করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির কোনও পাতার উপরে ছাপানো ঠিকানায় আমাদের লিখে পাঠান। 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। 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, 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 উল্লিখিত 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 প্লানে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।