MEDICAID কভারেজ পরিবর্তনের/বন্ধ করার উদ্দেশ্যের বিজ্ঞপ্তি

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:	কার্যকর হওয়ার তারিখ:	সংস্থা/কেন্দ্র বা ডিসট্রিক্ট দপ্তরের নাম এবং ঠিকানা
কেস নম্বর	CIN 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 পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে যে এই বিভাগের উদ্দেশ্য হল আপনার Medicaid কেসের উপর নির্দেশ করা পদক্ষেপ(গুলি) নেওয়া:

☐ পরিবর্তন

☐ আমরা নীচে দেওয়া গণনার ভিত্তিতে Medicaid কভারেজ পেতে Medicaid পরিবারটির প্রতি মাসে যে রাশি চিকিৎসা ব্যয় বাবদ খরচ বা ভোগ করা আবশ্যক তা ☐ বাড়াবো ☐ কমাবো:

মাসিক স্থূল আয় $ ______

মোট কর্তনসমূহ $ ______

ব্যালেন্স $ ______

প্রমাণ অনুমোদনযোগ্য আয় $ ______

নতুন মাসিক অতিরিক্ত আয় $ ______

নতুন অতিরিক্ত আয় (ছয় মাসের) $ ______

আগেকার মাসিক অতিরিক্ত আয়ের রাশি ছিল $ ______

আগেকার ছয় মাসের অতিরিক্ত আয়ের রাশি ছিল $ ______

☐ আমরা যেভাবে Medicaid এর খরচ গণনা করি তা আমরা নিম্নরূপে পরিবর্তন করবো:

মাসিক স্থূল আয় $ ______

মোট কর্তনসমূহ $ ______

ব্যালেন্স $ ______

প্রমাণ অনুমোদনযোগ্য আয় $ ______

অতিরিক্ত আয় (মাসিক) $ ______

অতিরিক্ত আয় (ছয় মাসের) $ ______

এই গণনাগুলির ফলে আপনার যোগ্য ব্যক্তিদের চিকিৎসা সহায়তার কভারেজ পাওয়ার জন্য প্রতি মাসে চিকিৎসার খরচ হিসেবে যে রাশি খরচ বা ভোগ করা আবশ্যক তা পরিবর্তিত **হয় না**।

এই পরিবর্তন কার্যকর হবে ______ তারিখ থেকে এবং তা এই কারণে করা হচ্ছে:

☐ আয়ের পরিবর্তন নিম্নরূপ: ______

______

☐ পরিস্থিতির অন্যান্য পরিবর্তনসমূহ (অর্থ-বহির্ভূত): ______

______

অনুগ্রহ করে সংযুক্ত EXCESS INCOME PROGRAM/OPTIONAL PAY-IN PROGRAM এর ব্যাখ্যা পড়ুন।

☐ ______ (নাম(গুলি)) এর জন্য Medicaid কভারেজ বন্ধ করা হবে যা ______

______ থেকে কার্যকর হবে কারণঃ ______।

যে আইন এবং/অথবা বিধি(গুলি) আমাদের এটি করার অনুমতি দেয় সেগুলি হল ______

আর্থিক পরিস্থিতির কারণে এই পদক্ষেপগুলির কোনোটি নেওয়া হয়ে থাকলে আমরা একটি বাজেটের ওয়ার্কশীট সংযুক্ত করে দিয়েছি, যাতে আমরা কীভাবে সুবিধার যোগ্যতা নির্ধারণ করি তা আপনি দেখে নিতে পারবেন।

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।

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 আধিকারিককে আপনার যেসব ফাইলগুলি দেবো সেখান থেকে নথিপত্রের প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাবো। এছাড়াও, আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে আমরা আপনাকে অন্যান্য নথিপত্রের প্রতিলিপিগুলিও বিনামূল্যে পাঠাবো যা ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত হওয়ার জন্য আপনার প্রয়োজন হতে পারে বলে আপনার মনে হয়। আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি লিখলে আমরা আপনার কাছে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করবেন কিনা সেই সিদ্ধান্ত নেওয়ার অথবা শুনানির জন্য প্রস্তুত হওয়ার জন্য জরুরি পলিসির সুনির্দিষ্ট কাগজপত্র বিনা শুল্কে উপলভ্যও করবো। আপনার কাছে থাকা পলিসির কাগজপত্রের মধ্যে থাকতে পারে এইসব নথিপত্র, যেমন: প্রশাসনিক নির্দেশনা, সাধারণ তথ্য সহ সিস্টেম মেসেজ, তথ্যমূলক চিঠি, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগের Medicaid আপডেট সহ সংবাদবাহী পত্র এবং স্থানীয় কমিশনারের স্মারকলিপি। পলিসির কাগজপত্র চাইতে বা আপনার ফাইল কীভাবে দেখতে হবে তার সম্পর্কে জানতে এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত রেকর্ড অ্যাক্সেসের টেলিফোন নম্বরে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান। আপনি আপনার কেস ফাইলের সুনির্দিষ্ট নথিপত্রের প্রতিলিপি চাইলে আপনাকে আগে থেকে তা বলতে হবে। সেগুলি আপনাকে শুনানির তারিখের আগে পর্যাপ্ত সময়ের মধ্যে দেওয়া হবে। শুধুমাত্র আপনি নির্দিষ্ট করে বললেই নথিগুলি আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

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:** অনলাইনে 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: ______________________________

একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে আপনার হাতে এই বিজ্ঞপ্তিতে দেওয়া তারিখ থেকে 60 দিন সময় রয়েছে: 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 কোনও নথি আপনার শুনানিতে নিয়ে আসা উচিত যা আপনার কেস উপস্থাপনে 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 Medicaid 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 Medicaid 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।

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 শিশুদের 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।