

MEDICAID কভারেজ পরিবর্তনের/বন্ধ করার উদ্দেশ্যের বিজ্ঞপ্তি
(সম্পদের হস্তান্তর)

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 ও 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 কভারেজ নীচের নির্দেশমতো পরিবর্তন করা।

আমরা নির্ধারণ করেছি যে _____ তারিখে আপনি/আপনার স্বামী/স্ত্রী _____ হস্তান্তর (আইটেম(গুলি)) করেছেন যার মূল্য হল \$ _____। এই রাশিটিকে ক্ষতিপূরণ না দেওয়া মূল্য বলে ধরা হয়।

কারণ আপনি/আপনার স্বামী/স্ত্রী এই সম্পদ(গুলি) এর মূল্যের থেকে কম মূল্যে স্থানান্তরিত করেছেন, আপনি নিম্নলিখিত প্রকারের পরিচর্যা ও পরিষেবা পাওয়ার যোগ্য নন:

- দক্ষ নার্সিং পরিচর্যা কেন্দ্রে, স্বাস্থ্য সংক্রান্ত কেন্দ্রে, মধ্যবর্তী পরিচর্যা কেন্দ্রে অথবা আবাসিক চিকিৎসা কেন্দ্রে প্রদান করা পরিষেবা।
- কোনও হাসপাতালে প্রদান করা নার্সিং কেন্দ্রের পরিষেবা।
- Social Security Act ধারা 1915 (c) বা (d) অনুসারে প্রদান করা গৃহ ও কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা।

আপনার বর্তমান পরিস্থিতির ভিত্তিতে আমরা নিম্নলিখিত পদক্ষেপ নিচ্ছি:

আপনার Medicaid কভারেজ Medicaid প্রোগ্রামের অধীনে সমস্ত পরিচর্যা এবং পরিষেবার জন্য কভারেজ থেকে আপনার Medicaid কভারেজ **কমিয়ে** সীমিত কভারেজ করুন যা _____ (তারিখ) থেকে কার্যকর হবে। আপনি নীচের পরিষেবাগুলি পাওয়ার যোগ্য নন। যদিও, আপনি Medicaid কার্যক্রমগুলির অধীনে অন্যান্য সমস্ত পরিচর্যা এবং পরিষেবার জন্য যোগ্য যা _____ (তারিখ) থেকে কার্যকর হবে। নীচের অতিরিক্ত আয়ের বাস্তব দেওয়া থাকলে এইসব পরিষেবার জন্য আপনাকে অতিরিক্ত আয়ের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে।

আপনার Medicaid কভারেজ **বন্ধ** করা যা কার্যকর হবে (তারিখ) _____ তারিখ থেকে। আপনার বর্তমান পরিস্থিতির উপর ভিত্তি করে আপনি উপরে উল্লিখিত পরিচর্যা এবং পরিষেবার জন্য _____ মাসের জন্য অথবা _____ (তারিখ) পর্যন্ত যোগ্য **ননা** এর ভিত্তি হল নীচের গণনা:

হস্তান্তরিত সম্পদের(সম্পদগুলির) ক্ষতিপূরণ না দেওয়া মূল্য \$ _____
(আরও কম Medicaid ছাড়, প্রযোজ্য হলে)
মাসিক আঞ্চলিক হার \$ _____
সীমিত কভারেজের সময়সীমা: _____ (মাস)

আপনি অতিরিক্ত \$ _____ -ও পাবেন যা আপনাকে আপনার _____ মাসের পরিচর্যার খরচের জন্য প্রদান করতে হবে। এটা আপনার সেই মাসের পরিচর্যার জন্য প্রদান করা আবশ্যিক এমন কোনও আয়ের অবদানের অতিরিক্ত।

উপরে উল্লিখিত স্থানান্তরের জন্য আপনি বিশেষ কিছু পরিচর্যা ও পরিষেবার জন্য যোগ্য না হওয়া সত্ত্বেও কেন্দ্রের হারে (যেমন চশমা, হেয়ারিং এই, দাঁতের পাটি ও মারামর্ক পরিস্থিতিতে হাসপাতালে পরিচর্যা) অন্তর্ভুক্ত নয় এমন অন্যান্য পরিচর্যা এবং পরিষেবাগুলোর কভারেজের জন্য আপনি যোগ্য হতে পারেন। আপনি যাতে এইসব কভারেজের জন্য যোগ্য হতে পারেন এর জন্য হয় আপনার: (1) আপনার আয় অবশ্যই অনুমোদনযোগ্য Medicaid প্রমাণ আয়ের থেকে বেশি না হওয়া আবশ্যিক; অথবা (2) আপনার আয় অনুমোদনযোগ্য Medicaid প্রমাণ আয়ের থেকে বেশি হলে আপনাকে অবশ্যই বিশেষ কিছু বাড়তি আয়ের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে। নীচের অতিরিক্ত আয়ের বাস্তব দেওয়া থাকলে এইসব পরিষেবার জন্য আপনাকে অতিরিক্ত আয়ের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে।

সীমিত কভারেজ থেকে _____ (তারিখ) থেকে কার্যকরী সমস্ত পরিচর্যা এবং পরিষেবা কভারেজে আপনার Medicaid কভারেজ **বাড়ান**। এই পরিবর্তনের কারণ হল ন্যায্য মূল্যের থেকে কম মূল্যে আপনার সংস্থানের স্থানান্তর করার কারণে জরিমানার সময়সীমা _____ (তারিখ) শেষ হয়ে যাবে। এই কার্যকর হওয়ার তারিখ থেকে আপনি Medicaid প্রোগ্রামের অধীনে সমস্ত পরিচর্যা ও পরিষেবার কভারেজ পাওয়ার অধিকারী হবেন। নীচের অতিরিক্ত আয়ের বাস্তব দেওয়া থাকলে এইসব পরিষেবার জন্য আপনাকে অতিরিক্ত আয়ের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করতে হবে।

অতিরিক্ত আয় আপনার মোট মাসিক আয় \$ _____। আপনার মোট মাসিক কর্তনসমূহের রাশি হল \$ _____। এই দুটির পার্থক্য হল আপনার নীট মাসিক আয়। এর পরিমাণ \$ _____। আপনার মতো মাপের কোনও পরিবারের অনুমোদনযোগ্য প্রমাণ আয়ের রাশি হল \$ _____। আপনার মাসিক আয় এবং এই প্রমাণ আয়ের পার্থক্য (\$ _____) হল মাসিক খরচ কমানো বা অতিরিক্ত আয়। ছয় মাসে আপনার অতিরিক্ত আয় হল \$ _____। অনুগ্রহ করে সংযুক্ত ফর্ম OHIP-0026 দেখুন, যেখানে আপনি কীভাবে অতিরিক্ত আয়ের প্রয়োজনীয়তা পূরণ করবেন এবং EXCESS INCOME PROGRAM এর অধীনে কভারেজের যোগ্য হবেন তা সম্পর্কে বর্ণনা করা হয়েছে।

দ্রষ্টব্য: অন্য কোনো কারণে আপনার Medicaid কভারেজ ব্যাহত হলে একটি পৃথক বিজ্ঞপ্তি সংযুক্ত করা রয়েছে।

সম্পদ হস্তান্তর সংক্রান্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্যের জন্য সংযুক্ত বিজ্ঞপ্তিটি পড়ুন (Medicaid যোগ্যতার উপর সম্পদ হস্তান্তরের প্রভাব)।

এই সিদ্ধান্তের ভিত্তি হল সামাজিক পরিষেবা আইনের বিধি 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 ও 360-4.8 এবং ধারা 366.5।

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 আবশ্যিক। 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। সংস্কার 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।