

MEDICAID এর দাবি পর্যালোচনার কারণে রিফান্ড বিষয়ক বিজ্ঞপ্তি
(পে-ইন কর্মসূচি)

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:	এজেন্সি/কেন্দ্রের বা জেলা অফিসের নাম এবং ঠিকানা			
কেস নম্বর	CIN/RID নম্বর			
কেসের নাম (এবং C/O নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা				
প্রশ্ন অথবা সহায়তার জন্য সাধারণ টেলিফোন নং. _____				
অথবা এজেন্সির কনফারেন্স _____				
ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা _____				
রেকর্ড অ্যাক্সেস _____				
আইনি সহায়তার তথ্য _____				
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মী নং.	ইউনিট বা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং.

আমরা _____ থেকে _____ সময়ের মধ্যে আপনার তরফ থেকে প্রদান করা Medicaid এর দাবিটির পর্যালোচনা সম্পূর্ণ করেছি। এই সময়কালে, আপনি যে মাসগুলিতে আপনার Medicaid এর কভারেজ গ্রহণ করতে চেয়েছিলেন সেগুলির জন্য এই এজেন্সিকে আপনার বাড়তি আয় প্রদান করার বিকল্পটি নির্বাচন করেছিলেন।

এই পর্যালোচনার উপর নির্ভর করে, আমরা সিদ্ধান্তে এসেছি যে Medicaid কর্মসূচির জন্য দেওয়া বিলের তুলনায় অনেক বেশি অর্থ আপনি আমাদের প্রদান করেছেন। আপনি যে আমাদের বেশি অর্থ দিয়েছেন তা আমরা কিভাবে নির্ধারণ করেছি নিচে ব্যাখ্যা করে দেওয়া হল।

এক মাসের উদ্ভূত

এই সময়কালে আপনি যে মাসগুলির জন্য কভারেজ চেয়েছিলেন তার জন্য প্রত্যেক মাসে আলাদাভাবে পেমেন্ট করেছিলেন এবং এই মাসগুলির জন্য বর্ধিতভাগের রোগীর কভারেজ পেয়েছিলেন। আমরা প্রত্যেক মাসের দাবিগুলির জন্য প্রদেয় অর্থের পরিমাণ দেখি এবং সেই মাসে আপনার পরিশোধ করা অর্থের পরিমাণের সঙ্গে মোট অর্থরাশি তুলনা করি। আপনি এই সময়কালে \$ _____ বাড়তি পেমেন্ট করেছিলেন বলে আমরা নির্ধারণ করেছি।

ছয় মাসের উদ্ভূত

আপনি ছয়-মাসের মেয়াদ আওতাভুক্ত করতে একটি এককালীন পেমেন্ট করেছিলেন এবং সম্পূর্ণ কভারেজ পেয়েছিলেন। আমরা ছয়-মাসের মেয়াদে সমস্ত দাবিগুলির জন্য প্রদেয় অর্থের পরিমাণ দেখি এবং ছয় মাসে আপনার পরিশোধ করা অর্থের পরিমাণের সঙ্গে মোট অর্থরাশি তুলনা করি। আপনি এই সময়কালে \$ _____ বাড়তি পেমেন্ট করেছিলেন বলে আমরা নির্ধারণ করেছি।

এই বাড়তি পেমেন্টের কারণে, আমরা আপনাকে \$ _____ এর একটি চেক পাঠাচ্ছি, যেটি আপনি পাওয়ার অতিরিক্ত পরিশোধ করেছিলেন।

প্রবিধান 18 NYCRR 360-4.8 এবং সমাজসেবা আইনের 366.2(b) ধারার উপর নির্ভর করে এই সিদ্ধান্তটি নেওয়া হয়েছে।

প্রবিধানের প্রয়োজনীয়তা অনুযায়ী আপনার প্রয়োজনের, আয়ের, সম্পদের, বাসস্থানের বা ঠিকানার যে কোন পরিবর্তন এই দপ্তরকে অবিলম্বে জানাতে হবে

এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার আছে
কিভাবে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে হয় তা জানতে বিজ্ঞপ্তির উল্টোদিকটি নিশ্চিতভাবে পড়ুন

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 শুনানি চাওয়ার অধিকার আছে। যদি আপনি একটি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনার সুবিধাদি ক্রমাগত অপরিবর্তিত রাখতে চান (সহায়তা অব্যাহত রয়েছে), তাহলে আপনাকে অবশ্যই নিচে বর্ণিত পদ্ধতিতে একটি 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 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। আপনি আমাদের ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, আপনার ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে বা শুনানির প্রস্তুতি নিতে আমরা আপনার কাছে নীতি সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় নির্দিষ্ট উপকরণ কোনো মূল্য ছাড়াই উপলব্ধ করব। আপনার কাছে উপলব্ধ হতে পারে এমন নীতি সংক্রান্ত উপকরণগুলিতে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে: প্রশাসনিক নির্দেশনামা, সাধারণ তথ্য ব্যবস্থার বার্তা, তথ্যমূলক চিঠি, Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগের Medicaid আপডেট নিউজলেটার এবং স্থানীয় কমিশনারের স্মারকলিপি। নথিগুলি চাইতে বা আপনার ফাইল কিভাবে দেখা যেতে পারে তা 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। আপনার কেস ফাইল থেকে নীতি সংক্রান্ত নির্দিষ্ট উপকরণ বা নথি আপনার প্রয়োজন হলে, সময়ের আগে আপনাকে তা জানাতে হবে। সেগুলোকে আপনাকে শুনানির তারিখের পর্যাণ্ড সময়ের মধ্যেই দেওয়া হবে। আপনি নির্দিষ্ট করে বললেই একমাত্র নথিগুলি আপনাকে ডাকযোগে 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 স্টেটের টোল ফ্রি নম্বরে ফোন করতে পারেন: 800-342-3334 (আপনি ফোন করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখুন) **অথবা**
- 2) ফ্যাক্স:** ফ্যাক্স নং. (518) 473-6735তে এই বিজ্ঞপ্তির একটি অনুলিপি পাঠান; **বা**
- 3) অনলাইন:** অনলাইন অনুরোধের ফর্মটি সম্পূর্ণ করে এখানে পাঠিয়ে দিন: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **অথবা**
- 4) চিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তির **সম্পূর্ণ করা** অনুলিপিটি 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 অনুলিপি রেখে দিন।

আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই। এজেন্সির সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ: _____

নাম প্রিন্ট করুন: _____ কেস নম্বর _____

ঠিকানা: _____ টেলিফোন: _____

ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

এই বিজ্ঞপ্তিতে দেওয়া তারিখ থেকে 60 দিনের মধ্যে আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে পারেন: যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট আপনাকে শুনানির সময় ও স্থান জানিয়ে আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। আপনার হয়ে কোনো আইনি প্রতিনিধি, আত্মীয়, একজন বন্ধু বা অন্যান্য ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে পাঠানো 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 বা অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজস এর মধ্যে থাকা “Lawyers” এর তালিকা দেখে 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, কিভাবে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে হবে, কিভাবে আপনার ফাইল দেখতে হবে অথবা কিভাবে নথিগুলির অতিরিক্ত প্রতিলিপি পাওয়া যাবে সেই বিষয়ে আপনি আরো তথ্য চাইলে, এই বিজ্ঞপ্তির 1ম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত টেলিফোন নম্বরগুলিতে আমাদের ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির 1ম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদের চিঠি পাঠান।

মনোযোগ দিন: 19 বছরের কম বয়সী যে শিশুরা Medicaid বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বিমার যোগ্য নয় তারা শিশুদের Child Health Plus বিমা প্ল্যানের যোগ্য হতে পারে। এই প্ল্যান শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করে। আরো তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করুন।