NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs

দীর্ঘকালীন পরিচর্যার জন্য আপনার অনুদান বিষয়ে গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি

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.

সম্প্রতি আমাদের আপনার আয় এবং/অথবা পরিস্থিতি সম্বন্ধে জানানো হয়েছে যার কারণে আমাদের আপনার পরিচর্যার খরচের (NAMI) জন্য আপনার মাসিক অনুদানটি পুনরায় গণনা করতে হবে।

পরিচর্যার খরচের জন্য আপনার মাসিক আয় $ ___________ থেকে $ _________________ তে পরিবর্তিত হয়েছে, যা _________________ এর কারণে ___________________________ তারিখ থেকে কার্যকর হবে।

যেহেতু এই আয়ের পরিবর্তনটি ___________ মাসের(গুলির) জন্য বরাদ্দ ছিল না, তাই ভবিষ্যতে যে পরিমাণ অর্থ আপনাকে আপনার পরিচর্যার খরচ বাবদ দিতে হবে সেই অর্থরাশিতে সংশোধন করছি। নিচে নির্ধারিত সময়ের জন্য আপনার অনুদানের অর্থের পরিমাণে কিভাবে আমরা সংশোধণের হিসাব করেছি তার ব্যাখ্যা রয়েছে:

A. আপনার সংশোধিত NAMI হল $ ____________________

B. আপনার পূর্বের NAMI ছিল $ ____________________

C. পার্থক্যটি হল $ ____________________

D. যতগুলি মাসের জন্য এই আয়ের পার্থক্য বরাদ্দ করা হয়নি সেটি হল

(__________ থেকে ____________ পর্যন্ত) ________ মাস(গুলি)

E. মোট সংশোধিত আয়ের পরিমাণ $ ____________________

এই সংশোধন করার জন্য, পরিচর্যার খরচে মোট মাসিক আয়ের অনুদান $ __________ থেকে $ _________-তে বৃদ্ধি/হ্রাস পাবে, যেটি ________________ থেকে কার্যকর হবে; এবং ________________ থেকে কার্যকর হওয়া আপনার মাসিক আয়ের অনুদান হবে $ ________। ________________ থেকে শুরু হয়ে, আপনার মাসিক আয়ের অনুদান হবে $ ___________।

এই সিদ্ধান্তটি প্রবিধান 18 NYCRR 360-4.9, 360-4.3 এবং সমাজসো আইনের ধারা 360-4.10 এবং Section 366 এর উপর নির্ভর করে নেওয়া হয়েছে।

সংযুক্ত বাজেটের ওয়ার্কশীটে(গুলিতে) এই হিসাবগুলির ব্যাখ্যা দেওয়া আছে।

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

সংযুক্তি

cc: ____
চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম

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 পর্যাপ্ত 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: ____

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 পাশাপশি 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।

আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখুন: এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত কার্যকরী তারিখের আগে যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জারি না করা পর্যন্ত আপনার সুবিধার কোনো পরিবর্তন হবে না। তবে, আপনি ন্যায্য শুনানিতে হেরে গেলে, আপনার পাওয়া উচিত নয় এমন কোনো Medicaid এর সুবিধাদির খরচ আমরা আপনার থেকে পুনরুদ্ধার করতে পারি। আপনি এই সম্ভাবনা এড়িয়ে যেতে চাইলে, আপনি যে আপনার সহায়তা অব্যাহত রাখতে চান সেই বিষয়টি চিহ্নিত করতে এবং আপনার শুনানির অনুরোধের সঙ্গে এই পৃষ্ঠাটি পাঠাতে নিচে দেওয়া বক্সে টিক দিন। আপনি বক্সটিতে টিক চিহ্ন দিতে, উপরে তালিকাভুক্ত কার্যকর হওয়ার তারিখে উপরে বর্ণিত পদক্ষেপ নেওয়া হবে।

☐ আমি, এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণনা অনুযায়ী, ন্যায্য শুনানি জারি হওয়ার আগে, আমার Medicaid সুবিধাদির উপর পদক্ষেপ নেওয়ার সম্মতি জানাচ্ছি।

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 পেজেস 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।