

**MEDICAID প্রিমিয়ামের
MEDICARE পেইমেন্ট এর আবেদন/সুবিধার বিষয়ে পদক্ষেপের 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. প্রম্ন বা সাহায্যের জন্য		
		অথবা এজেন্সির সঙ্গে বৈঠক		
		ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা		
		রেকর্ডে প্রবেশ		
		আইনি সহায়তার তথ্য		
দপ্তর নং.	ইউনিট নং.	কম্পি নং.	ইউনিটের বা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং.

দ্রষ্টব্য: আবেদনকারী/প্রাপক MEDICAID (MA) এর জন্য গৃহীত হলে অথবা তা পেতে থাকেন তাহলে এই বিজ্ঞপ্তিটি MA কভারেজকে প্রভাবিত করবে না। এই বিজ্ঞপ্তিটি কেবলমাত্র MEDICARE SAVINGS PROGRAM এর অধীনে যোগ্যতা সংক্রান্ত।

এই বিভাগ থেকে Medicaid এর দ্বারা আপনার Medicare অংশ ক এবং/অথবা অংশ থ এর প্রিমিয়াম প্রদানের যোগ্যতা সংক্রান্ত একটি সিদ্ধান্ত নিয়েছে। বিভাগ যা করবে:

_____ (নাম(গুলি)) এর জন্য _____ তারিখ দেওয়া আবেদনটি গ্রহণ করবে।
Medicaid আপনার মাসিক Medicare অংশ থ এর প্রিমিয়াম প্রদান করবে যা _____ তারিখ থেকে কার্যকর হবে।

_____ (নাম(গুলি)) এর জন্য _____ তারিখ দেওয়া আবেদনটি গ্রহণ করবে।
_____। Medicaid আপনার মাসিক Medicare অংশ ক এবং/অথবা
 অংশ থ প্রিমিয়াম প্রদান করবে যা _____ তারিখ থেকে কার্যকর হবে। সেইসঙ্গে, আপনি Medicaid এর দ্বারা আপনার Medicare অংশ ক এবং/অথবা থ এর কর্তনসমূহ ও সহ-বীমার অংশ প্রদানের যোগ্য হবেন।

(নামের(নামগুলির)) জন্য _____ তারিখ দেওয়া আবেদনটি প্রত্যাখ্যান করবে। _____

_____ তারিখ দেওয়া আবেদনের উপর কোনও পদক্ষেপ নেবেন না, কারণ সেটি প্রত্যাহার করা হয়েছে।

আপনার Medicare অংশ থ প্রিমিয়াম প্রদানের জন্য Medicaid ব্যবহার করা চালিয়ে যাবে।

আপনার Medicare অংশ ক এবং/অথবা অংশ থ প্রিমিয়াম প্রদানের জন্য Medicaid ব্যবহার করা চালিয়ে যাবে। সেইসঙ্গে, আপনি Medicaid এর দ্বারা আপনার Medicare অংশ ক এবং/অথবা থ এর কর্তনসমূহ ও সহ-বীমার অংশ প্রদানের যোগ্য হবেন।

(নামের(নামগুলির)) জন্য Medicare অংশ ক এবং/অথবা অংশ থ প্রিমিয়াম প্রদান বন্ধ করবে যা _____ থেকে কার্যকর হবে।

উপরের পদক্ষেপের কারণ নিম্নরূপ: _____

যে আইন(গুলি) ও 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 আপনি আমরা কীভাবে সুবিধার যোগ্যতা নির্ধারণ করি তা আপনি দেখে নিতে পারবেন।

প্রবিধান অনুযায়ী প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, 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

কনফারেন্স: (আমাদের সঙ্গে অ-আনুষ্ঠানিক মিটিং): যিদি আপনি মেন করেন যে আমাদের সিদ্ধান্তটি ভুল অথবা আমাদের সিদ্ধান্তটি না বুঝতে পারেন অনুগ্রহ করুন
আমাদেরকে 718-637-2426 নম্বরে কল করুন, অথবা মিটিং আয়োজন করার জন্য HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor,
Brooklyn, New York 11201-এ পত্র লিখুন। কখনও কখনও আপনার যে কোনও সমস্যা র সমাধান করার জন্য গ্রিট সবেচেয়ে দ্রুত উপায় হয় উঠতে পারে।
আপনি নয় যয শনানির জন্য অনুরোধ করে থাকেনও আমরা আপনাকে গ্রিট করার জন্য অনুরোধ করিছি। নয় যয শনানির অনুরোধ করার উপায় গ্রিট
নয়। আপনি একটি কনফারেন্সের অনুরোধ করে থাকেনও, আপনার একটি নয় যয শনানি চাওয়ার অধিকার আছে।

আপনার ফাইল ও নিখর প্রতিলিপেত প্রবেশাধিকার: শনানির জন্য নিজেই তৈরি করেত, আপনার কেস ফাইল দেখার অধিকার আপনার আছে। আপনি
আমাদের ফোন করেত বা রিচিঠি পাঠালে, নয় যয শনানিতে আমরা শনানি অফিসারকে আপনার যেসব ফাইলগিল দেবা সেখান থেকে নিখগিলর প্রতিলিপ
বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপনি যিদি আমাদের কল করেন, রিচিঠি দেন, তাহেল নয় যয শনানির জন্য প্রস্তুত হতে আপনার ফাইলগিল
থেকে অননয় নয় নিখপত্রের কিপ আপনাকে দেব। যিদি আপনি আমাদেরকে কল করেন অথবা পত্র লেখন তাহেল একটি নয় যয শনানির অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত
নেবন নাকি শনানির জন্য প্রস্তুতি নেবন তার জন্য আমরা বিনামূল্যে আপনাকে আবশ্য নিদ্র নীতি সামগ্রী প্রদান করব। আপনার জন্য
লভ্য নীতি সামগ্রীর মেধয় এই নিখপত্রগিল থাকেত পারে যেমন: প্রশাসিনক নিদ্রাবলী, সাধারণ ইনফেমশরশন সিস্টেম মেসজ, তথ্য ত পত্র,
Medicaid রেফারেন্স গাইডের অংশ, স্বাস্থ্য বিভাগ Medicaid আপডেট নিউজেলটার এবং স্থানীয় কিমশনার মেমোরান্ডামস। নিখপত্রের অনুরোধ করার জন্য
আপনি আমাদেরকে 718-637-2426 নম্বরে কল করেত পারেন, (917) 639-9355 নম্বরে আমাদেরকে ফ্যাক্স করেত পারেন অথবা আমাদেরকে এখানে পত্র লিখেত
পারেন: HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201। যিদি আপনার কেস ফাইল থেকে আমাদের নিদ্র
নীতি সামগ্রীর অথবা নিখপত্রের প্রয়োজন হয় তাহেল আপনাকে তা সময়র আগে চাইতে হেব। সেগেলাকে আপনাকে শনানির আগে পয়র প্ত সময়র জন্য দেওয়া
হেব। আপনি নিদ্র করে বলেই একমাত্র নিখগিল আপনাকে ডাকেয়াগে পাঠানো হেব।

তথ্য: আপনার কেসর বয় পারে আরও তথ্য, কিভাবে নয় যয শনানি চাইতে হেব, কিভাবে আপনার ফাইল দেখতে হেব, অথবা কিভাবে আপনার নিখপত্রের
অতিরিক্ত প্রতিলিপ পাবেন, এই সমস্ত বয় পারে আরও তথ্যরর প্রয়োজন হয় তাহেল আমাদেরকে 718-637-2426 নম্বরে কল করুন।

স্টেট নয় যয শনানি - অনুরোধ করার জন্য শেষ তারিখ: যিদি আপনি চান যে আপনার Medicaid এর বয় পারে আমাদের সিদ্ধান্তকে স্টেট
পয়র বক্ষণ করক তাহেল এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিনর মেধয় আপনাকে অবশ্য একটি নয় যয শনানির অনুরোধ করেত হেব।

কিভাবে একটি নয় যয শনানির অনুরোধ করেবন: আপনি লিখিতভাবে, টেলিফানের মাধ্যম, বয় ক্তগতভাবে এস অথবা ইন্টারনেটের সাহায্যে
নয় যয শনানির জন্য অনুরোধ করেত পারেন।

রিচিঠি পাঠান: এই বিজ্ঞপ্তির সম্পূর্ণ করা প্রতিলিপটি এই ঠিকানায পাঠান Office of Administrative Hearings, New York State Office of
Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201। অনুগ্রহ করে আপনার কাছে একটি কিপ রেখ দিন।

টেলিফোন: (800) 342-3334 (আপনি ফোন করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখবেন)

ফ্যাক্স: ফ্যাক্স নম্বর (518) 473-6735.-এ এই বিজ্ঞপ্তির প্রতিলিপ পাঠান।

ওয়াক-ইন: এই বিজ্ঞপ্তির একটি প্রতিলিপ New York State Office of Temporary and Disability Assistance -এ নিয়ে আসুন এই ঠিকানায:

◆ 5 Beaver Street, New York, New York 10004

অনলাইন অনুরোধ ফর্ম সম্পূর্ণ করুন এবং এখানে

পাঠান:

<https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

যদি আপনি ফোন অথবা ইন্টারনেটের মাধ্যমে স্টেটের সঙ্গে যোগাযোগ না করতে পারেন তাহলে অনুগ্রহ করে ন্যায় শনানি অনুরোধ করার শেষ তারিখের
আগে একটি ন্যায় শনানির অনুরোধ করে পত্র লিখুন।

আমি একটি ন্যায় শনানি চাই। এই এজেন্সির সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ: _____

নাম ছাপান: _____ কেস নম্বর: _____

ঠিকানা: _____ টেলিফোন: _____

গ্রাহকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

একটি ন্যায় শনানির অনুরোধ করার জন্য আপনার কাছে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিন সময় আছে: যদি আপনি ন্যায় শনানির
অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট শনানির 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। শনানিতে, কেন পদক্ষেপ নেওয়া উচিত হেব না তা
দেখানোর জন্য লিখিত বা মৌখিক প্রমাণ উপস্থাপনের সুযোগ আপনার আইনজীবী বা অন্য প্রতিনিধির থাকবে, এর পাশাপাশি শনানিতে 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 শনানিতে নিয়ে আসা উচিত যা আপনার
কেসে সহায়তা করতে পারে। আপনার একজন দোভাষীর প্রয়োজন হলে আপনি শনানির অনুরোধ করার সময় অনুগ্রহ করে স্টেটকে জানাবেন।

আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখা: আপনি বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখিত কার্যকরী তারিখের আগে ন্যায় শনানির অনুরোধ করে থাকলে ন্যায় শনানির সিদ্ধান্ত
জানানো পর্যন্ত আপনি আপনার অপরিবর্তিত সুবিধা অব্যাহতভাবে পেতে থাকবেন। তৎসঙ্গেও, যদি আপনি ন্যায় শনানিতে হেরে যান, তাহলে আমরা
আপনার Medicaid সুবিধার খরচ ফেরত নিতে পারি যা আপনার পাওয়া উচিত ছিল না। যদি আপনি এরকম সম্ভাবনা এড়াতে ইচ্ছুক হন তাহলে আপনি
আপনার সহায়তা অব্যাহত রাখতে চান না নির্দেশ করার জন্য বাঞ্চে টিক চিহ্ন দিন এবং আপনার শনানির অনুরোধের সাথে এই পৃষ্ঠাটি পাঠিয়ে দিন। যদি
আপনি এই বাঞ্চে টিক চিহ্ন না দেন তাহলে উপরোক্ত কার্যকরী তারিখে বর্ণিত ব্যবস্থা গ্রহণ করা হেব।

আমি ন্যায় শনানির সিদ্ধান্ত আসার আগে এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত হিসেবে আমার Medicaid সুবিধার ওপর ব্যবস্থা নেওয়ার জন্য সম্মতি
প্রদান করছি।

আইনি সহায়তা: আপনার বিনামূল্যের আইনি সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনি স্থানীয় Legal Aid Society, অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠী অথবা
“উকিলের (Lawyers)” অধীনে ইয়েলো পেজের ওপর টিক চিহ্ন দিয়ে এরকম সহায়তা পেতে পারেন।

লক্ষ্য করুন: 19 বছরের কম বয়সী যে শিশুরা Medicaid বা অন্য স্বাস্থ্য বীমার জন্য যোগ্য নয় তারা Child Health Plus বীমার জন্য যোগ্য হতে
পারে। এই প্লয় নে শিশুর জন্য স্বাস্থ্য পিরচয়র বিমা প্রদান করা হয়। তথ্যরর জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।