NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Office of Health Insurance Programs

MEDICARE ভাগ A এবং/অথবা ভাগ B প্রিমিয়ামের MEDICAID পেমেন্টের বিজ্ঞপ্তি

তারিখ:			এজেন্সি/কেন্দ্র অথবা ডিস্ট্রিক্ট অফিসের ঠিকানা	
কেস নম্বর:	CIN/RID নম্বর			
কেসের নাম (এবং C/O-এর নাম, যদি থাকে) এবং ঠিকানা			সাধারণ টেলিফোন নং. প্রশ্ন অথবা সাহায্যের জন্য ____________	
			অথবা এজেন্সি কনফারেন্স ____________ ন্যায্য শুনানির তথ্য এবং সহায়তা ____________ রেকর্ড অ্যাক্সেস ____________ আইনি সহায়তার তথ্য ____________	
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মীর নং.	ইউনিট অথবা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং

এই বিভাগঃ

☐ ____________ কার্যকর তারিখ থেকে নাম ____________, ক্লায়েন্ট আইডি # ____________ -এর Medicare ভাগ A এবং/অথবা ভাগ B প্রিমিয়াম পরিশোধ করা **অব্যাহত রাখবে**

☐ ____________ কার্যকর তারিখ থেকে নাম ____________, ক্লায়েন্ট আইডি # ____________ -এর Medicare ভাগ A এবং/অথবা ভাগ B প্রিমিয়াম পরিশোধ করা **বন্ধ করে দেবে**

কারণ:

☐ আমাদের রেকর্ড নির্দেশ করছে যে এই ব্যক্তির মৃত্যু হয়েছে।

☐ আমাদের রেকর্ড নির্দেশ করছে যে এই ব্যক্তি আর New York State-এর আবাসিক নন।

☐ এটির কারণ হলো যে এটি আর ব্যয় সাশ্রয়ী নয়।

☐ প্রত্যায়ন করতে ব্যর্থতা।

আমাদের রেকর্ড নির্দেশ করছে যে প্রত্যায়িত করতে ব্যর্থতার কারণে আমরা আপনার Medicaid কেস আগেই বন্ধ করে দিয়েছি। আপনার Medicaid কেস বন্ধ হওয়ার সময় আপনার Medicare প্রিমিয়ামের পেমেন্টও বন্ধ হয়ে গেছে। আমাদের দিক থেকে ত্রুটির কারণে এটি ঘটে নি। অতএব, আমরা আপনার Medicare প্রিমিয়াম পেমেন্ট করা বন্ধ করে দেব।

☐ আপনার Medicaid কেস এখন নিষ্ক্রিয় হয়ে গেছে।

আমাদের রেকর্ড নির্দেশ করছে যে আপনার উপার্জন অথবা সম্পদ অত্যন্ত বেশি হওয়ার কারণে আমরা আগেই আপনার Medicaid বন্ধ করে দিয়েছি। একই সময়ে আপনার Medicare প্রিমিয়ামের পেমেন্টও বন্ধ হয়ে গেছে। আমাদের দিক থেকে ত্রুটির কারণে এটি ঘটে নি। অতএব, আমরা আপনার Medicare প্রিমিয়াম পেমেন্ট করা বন্ধ করে দেব।

☐ অন্যান্য ____

____

☐ **আরও তথ্যের প্রয়োজন**
আপনার Medicare প্রিমিয়ামের পেমেন্টর জন্য আপনি যোগ্য কিনা নির্ধারণ করার জন্য আমাদের কাছে যথেষ্ট চলতি তথ্য নেই।
আপনি সংযুক্ত “Medicare Savings Program Application” 10 দিনের মধ্যে ফেরত পাঠালে এবং আপনি যোগ্য বলে আমরা নির্ধারণ করলে, আমরা আপনার Medicare প্রিমিয়াম পেমেন্ট করা অব্যাহত রাখব।

যে নিয়মটি আমাদের এরকম করার অনুমতি দেয় তা হলো সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 367-a(3)(d)(1)।

প্রবিধান অনুযায়ী প্রয়োজনীয় বস্তু, আয়, সম্পদ, বসবাসের ব্যবস্থাপনা অথবা ঠিকানার ক্ষেত্রে কোনো পরিবর্তন হলে আপনাকে অবিলম্বে দপ্তরকে জানাতে হবে

আপনার কাছে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আবেদন জানানোর অধিকার আছে
এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে কিভাবে আপত্তি জানাবেন তার জন্য এই বিজ্ঞপ্তির অপর দিক অবশ্যই পড়ে নেবেন

কনফারেন্স: (আমাদের সঙ্গে অ-আনুষ্ঠানিক মিটিং): যিদ আপিন মেন কেরন যে আমাদের সিদ্ধান্তটি ভুল অথবা আমাদের সিদ্ধান্তটি না বুঝেত পারেল অনুগ্রহ করেল আমাদেরেক 718-637-2426 নম্বরে কল করুন, অথবা মিটিং আেয়াজন করার জনয HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201-এ পত্র লিখুন। কখনও কখনও আপনার যে কোনও সমসয র সমাধান করার জনয এিট সবেচেয় দ্রুত উপায় হেয় উঠেত পারে। আপিন নয যয শনানির জনয অনুরোধ কের থাকেলও আমরা আপনাকে এিট করার জন অনুরোধ করিছ। নয যয শনানির অনুরোধ করার উপায় এিট নয়। আপিন একিট কনফারেন্সর অনুরোধ কের থাকেলও, আপনার একিট নয যয শনানি চাওয়ার অিধকার আেছ।

আপনার ফাইল ও নিথর প্রতিলিপেত প্রবেশাধিকার: শনানির জনয নিজেক তৈির করেত, আপনার কেস ফাইল দেখার অিধকার আপনার আেছ। আপিন আমাদের ফোন করেল বা চিঠি পাঠােল, নয যয শনানিেত আমরা শনানি অিফসারেক আপনার যেসব ফাইলগিল দেবা সেখান থেক নিথগিলর প্রতিলিপ িবনামূলেয আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপিন যিদ আমাদের কল কেরন, চিঠি দেন, তাহেল নয যয শনানির জনয প্রস্তুত হতে আপনার ফাইলগিল থেকে অনয নয নিথপেত্রর কিপ আপনাকে দেব। যিদ আপিন আমাদেরেক কল কেরন অথবা পত্র লেখন তাহেল একিট নয যয শনানির অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত নেবেন নাকি শনানির জনয প্রস্তুতি নেবেন তার জনয আমরা িবনামূলেয আপনাকে আবশয িনিদর নীতি সামগ্রী প্রদান করব। আপনার জনয লভ্য নীতি সামগ্রীর মেধয এই নিথপত্রগিল থাকেত পারে যেমন: প্রশাসিনক িনেদর াবলী, সাধারণ ইনফেমশরশন সিস্টেম মেসজ, তথয ত পত্র, Medicaid রেফারেন্স গাইেডর অংশ, স্বাস্থয িবভাগ Medicaid আপেডট নিউজেলটার এবং স্থানীয় কিমশনার মেমারান্ডামস। নিথপেত্রর অনুরোধ করার জনয আপিন আমাদেরেক 718-637-2426 নম্বরে কল করেত পারেন, (917) 639-9355 নম্বরে আমাদেরেক ফয ক্স করেত পারেন অথবা আমাদেরেক এখানে পত্র লিখেত পারেন: HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201। যিদ আপনার কেস ফাইল থেক আমাদের নিদির নীতি সামগ্রীর অথবা নিথপেত্রর প্রয়োজন হয় তাহেল আপনাকে তা সমেয়র আেগ চাইেত হেব। সেগেলাকে আপনাকে শনানির আেগ পযর প্ত সমেয়র জনয দেওয়া হেব। আপিন িনিদর কের বলেলই একমাত্র নিথগিল আপনাকে ডাকেযােগ পাঠানো হেব।

তথয : আপনার কেসর বয পারে আরও তথয , কিভাবে নয য শনানি চাইেত হেব, কিভাবে আপনার ফাইল দেখেত হেব, অথবা কিভাবে আপনার নিথপেত্রর অিতিরক্ত প্রতিলিপ পাবেন, এই সমস্ত বয পারে আরও তেথযর প্রয়োজন হয় তাহেল আমাদেরেক 718-637-2426 নম্বরে কল করুন।

স্টেট নয যয শনানি -অনুরোধ করার জনয শেষ তারিখ: যিদ আপিন চান যে আপনার Medicaid -এর বয পারে আমাদের সিদ্ধান্তকে স্টেট পযর বক্ষণ করক তাহেল এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে **60** দিনের মেধয আপনাকে অবশয একিট নয যয শনানির অনুরোধ করেত হেব।

কিভাবে একিট নয যয শনানির অনুরোধ করেবন: আপিন িলিখতভাবে, টেলিফোনের মাধয ম, বয ক্তগতভাবে এেস অথবা ইন্টারেনেটর সাহােয নয যয শনানির জনয অনুরোধ করেত পারেন।

িচিঠ পাঠান: এই বিজ্ঞপ্তিটির *সম্পূণর করা* প্রতিলিপিট এই ঠিকানায় পাঠান Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201। অনুগ্রহ কের আপনার কাছে একিট কিপ রেখ দিন।

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

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

ওয়াক-ইন: এই বিজ্ঞপ্তির একিট প্রতিলিপ New York State Office of Temporary and Disability Assistance -এ নিেয় আসুন এই ঠিকানায়:

- 5 Beaver Street, New York, New York 10004

অন-লাইন: অনলাইন অনুরোধ ফমর সম্পূণর করন 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 ন্যায্য শুনানি অনুরোধ করার শেষ তারিখের আগে একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করে পত্র লিখুন।

☐ আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই। এই এজেন্সির সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ: ____

____

নাম ছাপান: ____ কেস নম্বর: ___________________________________

ঠিকানা: ____ টেলিফোন: _______________________

গ্রাহকের স্বাক্ষর: ____ তারিখ: ___________________________

একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার জন্য আপনার কাছে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিন সময় আছে: যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট শুনানির 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। 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 একজন দোভাষীর প্রয়োজন হলে আপনি শুনানির অনুরোধ করার সময় অনুগ্রহ করে স্টেটকে জানাবেন।

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

☐ আমি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত আসার আগে এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত হিসেবে আমার Medicaid সুবিধার ওপর ব্যবস্থা নেওয়ার জন্য সম্মতি জ্ঞাপন 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 প্লয নে শিশেদর জনয স্বাস্থয পিরচযর বিমা প্রদান করা হয়। তেথযর জনয 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।