

**MEDICARE SAVINGS PROGRAM- প্রত্যাহানের বিজ্ঞপ্তি – তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থতা  
(SSA কর্তৃক গৃহীত আবেদন)**

বিজ্ঞপ্তির তারিখ:		এজেন্সি/কেন্দ্র অথবা ডিস্ট্রিক্ট অফিসের ঠিকানা			
কেস নম্বর	CIN নম্বর				
কেস নাম (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
					সাধারণ টেলিফোন নং. প্রশ্ন অথবা সাহায্যের জন্য _____
					অথবা এজেন্সি কনফারেন্স _____
					ন্যায় শুনানির তথ্য এবং সহায়তা _____
					রেকর্ডে প্রবেশাধিকার _____
আইনি সহায়তা তথ্য _____					
অফিস নং.	ইউনিট নং.	কর্মীর নং.	ইউনিট অথবা কর্মীর নাম	টেলিফোন নং	

আপনি সম্প্রতি আপনার Medicare ভাগ D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ কভারেজের ক্ষেত্রে অতিরিক্ত সহায়তার জন্য সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনে আবেদন করেছেন। সেই সময়ে আপনি Medicare Savings Program-এর জন্য আবেদন করার উদ্দেশ্যে New York State Medicaid অফিসে আপনার আবেদন পাঠানোর জন্য সম্মতি জ্ঞাপন করেছেন। এই প্রকল্পটি আপনাকে Medicare খরচ পরিশোধ করতে সাহায্য করে যেমন Medicare ভাগ B প্রিমিয়াম, এবং কখনও কখনও আপনার Medicare ডিডাক্টিবেলস, কোইন্সুরেন্স, এবং কো-পেমেন্ট।

আমরা নিম্নলিখিত ব্যক্তির জন্য আপনার Medicare Savings Program-এর আবেদন প্রত্যাহান করেছি:

নাম \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আই.ডি. # \_\_\_\_\_

নাম \_\_\_\_\_ গ্রাহকের আই.ডি. # \_\_\_\_\_

এটির কারণ হলো আপনি \_\_\_\_\_ তারিখের মধ্যে Medicare Savings Program-এর উদ্দেশ্যে আপনার যোগ্যতা স্থাপিত করার জন্য এই এজেন্সি দ্বারা আবশ্যিক অনুরোধকৃত তথ্য/নথিপত্রগুলি প্রদান করতে ব্যর্থ হয়েছেন।

সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 367-a(3) এবং নিয়ম 18 NYCRR 360-7.7-এর ভিত্তিতে এই সিদ্ধান্তটি নেওয়া হয়েছে।

*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): 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 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 প্রতিলিপিতে প্রবেশাধিকার:** শনানির জন্য নিজেই তৈরি করে, আপনার কেস ফাইল দেখার অধিকার আপনার আছে। আপনি আমাদের ফোন করে বা রিচিঠি পাঠালে, নয় যয শনানিতে আমরা শনানি অফিসারকে আপনার যেসব ফাইলগিল দেবা সেখান থেকে নিখগিলর প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপনি যিদি আমাদের কল করেন, রিচিঠি দেন, তাহলে নয় যয শনানির জন্য প্রস্তুত হতে আপনার ফাইলগিল থেকে অনন্য নয় নিখপত্রের কিপ আপনাকে দেব। যিদি আপনি আমাদেরকে কল করেন অথবা পত্র লেখন তাহলে 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 থাকতে 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 করতে পারেন, (917) 639-9355 নম্বরে আমাদেরকে ফ্যাক্স করতে 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 তাহলে আপনাকে তা সময়ের আগে চাইতে হবে। সেগেলাকে আপনাকে শনানির আগে পযর প্ত সময়ের জন্য দেওয়া হবে। আপনি নিদ্র করে বলেনই একমাত্র নিখগিল আপনাকে ডাকেয়াগে পাঠানো হবে।

**তথ্য:** আপনার কেসর বয় পারে আরও তথ্য, কিভাবে নয় যয শনানি চাইতে হবে, কিভাবে আপনার ফাইল দেখতে হবে, অথবা কিভাবে আপনার নিখপত্রের অতিরিক্ত প্রতিলিপি পাবেন, এই সমস্ত বয় পারে আরও তথ্যের প্রয়োজন হয় তাহলে 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 পযর বক্ষণ করক তাহলে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিনের মেধয় আপনাকে অবশ্য একটি নয় যয শনানির অনুরোধ করতে হবে।

**কিভাবে একটি নয় যয শনানির অনুরোধ করবেন:** আপনি লিখিতভাবে, টেলিফানের মাধ্যম, বয় ক্রগতভাবে এস অথবা ইন্টারনেটের সাহায্যে নয় যয শনানির জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

**রিচিঠি পাঠান:** এই বিজ্ঞপ্তিটির সম্পূর্ণ করা প্রতিলিপিত 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 প্রতিলিপি পাঠান।

**ওয়াক-ইন:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি প্রতিলিপি 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 ন্যায্য শনানি অনুরোধ করার শেষ তারিখের আগে একটি ন্যায্য শনানির অনুরোধ করে পত্র লিখুন।

আমি একটি ন্যায্য শনানি চাই। এই এজেন্সির সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ: \_\_\_\_\_

নাম ছাপান: \_\_\_\_\_ কেস নম্বর: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_ টেলিফোন: \_\_\_\_\_

গ্রাহকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

**একটি ন্যায্য শনানির অনুরোধ করার জন্য আপনার কাছে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে 60 দিন সময় আছে:** যদি আপনি ন্যায্য 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 হবে 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, রিচিঠি 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 জানান।

**আপনার সুবিধা অব্যাহত রাখা:** আপনি বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখিত কার্যকরী তারিখের আগে ন্যায্য শনানির অনুরোধ করে থাকলে ন্যায্য শনানির সিদ্ধান্ত জানানো পর্যন্ত আপনি আপনার অপরিবর্তিত সুবিধা অব্যাহতভাবে পেতে থাকবেন। তৎসত্ত্বেও, যদি আপনি ন্যায্য 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 হবে।

আমি ন্যায্য শনানির 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 প্লানে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিমা প্রদান করা হয়। তথ্যের জন্য 1-800-698-4543 নম্বরে কল করুন।