

নিউ ইয়র্ক স্টেটে 1915(c) শিশুদের ওয়েভারে তালিকাভুক্তির বা তালিকাভুক্তি
অস্বীকৃতির সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি (Notice of Decision for Enrollment or Denial
of Enrollment in the New York State 1915(c) Children's Waiver)

বিজ্ঞপ্তির তারিখ: _____

CIN নম্বর: _____

সদস্য (শিশু/যুবা)

নাম: _____ জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বৎসর): _____

পিতামাতা/অভিভাবক/আইনগতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি, যদি থাকে

নাম: _____

কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি / হেলথ হোম

নাম: _____

ঠিকানা: _____

টেলিফোন নম্বর: _____

আপনাকে জানানো হচ্ছে যে _____ তারিখ থেকে কার্যকর এই সংস্থাটি _____
তারিখ কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি/হেলথ হোমের নাম

☐ 1915(c) শিশুদের ওয়েভারের যোগ্যতার মানদণ্ডের মাধ্যমে হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা (Home and Community Based Services, HCBS)-এর জন্য আপনার আবেদন অনুমোদন করেছে

- ☐ আপনাকে শিশুদের ওয়েভারের জন্য যোগ্য বলে বিবেচনা করা হয়েছে এবং এখন থেকে আপনি HCBS পরিষেবাগুলির সুবিধা নেওয়া শুরু করতে পারবেন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, HCBS যোগ্যতা এক বছরের জন্য কার্যকর থাকে। HCBS পরিষেবা চালিয়ে যেতে হলে, নিম্নলিখিত তারিখের পূর্বে একটি নতুন HCBS যোগ্যতা নির্ধারণ সম্পন্ন করতে হবে: _____।
তারিখ

- ☐ আপনাকে শিশুদের ওয়েভারের জন্য যোগ্য বলে বিবেচনা করা হয়েছে তবে, আপনাকে বর্তমানে একটি অপেক্ষমাণ তালিকায় রাখা হয়েছে যতক্ষণ না পর্যন্ত কোনো খালি স্থান উপলব্ধ হয়।

আপনাকে জানানো হচ্ছে যে _____ তারিখ থেকে কার্যকর এই সংস্থাটি _____
তারিখ কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি/হেলথ হোমের নাম

☐ 1915(c) শিশুদের ওয়েভার যোগ্যতার মানদণ্ড পূরণ না হওয়ায় শিশুদের ওয়েভারে হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা (HCBS) এর জন্য আপনার আবেদন প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে। নিম্নোক্ত কারণ(গুলি) অনুযায়ী আপনি শিশুদের ওয়েভারে তালিকাভুক্তি জন্য প্রয়োজনীয় যোগ্যতার মানদণ্ড পূরণ করেন না:

- ☐ আপনি আর ওয়েভারে তালিকাভুক্তির জন্য প্রয়োজনীয় লক্ষ্য, ঝুঁকি এবং কার্যকরী চাহিদার স্তরের পরিচর্যা (Level of Care, LOC) মানদণ্ড পূরণ করেন না।
- ☐ আপনার বয়স 21 বছরের বেশি।
- ☐ আপনি অন্য একটি HCBS সিস্টেম (যেমন, বিকাশজনিত প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য অফিস (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) বা ম্যানেজড লং-টার্ম কেয়ার (Managed Long-Term Care, MLTC)) থেকে HCBS পরিষেবা পাচ্ছেন।
- ☐ আপনার 90 দিন বা তার বেশি সময় ধরে একটি ইনপেশেন্ট (ভর্তি থেকে চিকিৎসা) (যেমন, রেসিডেনশিয়াল ড্রিটমেন্ট ফ্যাসিলিটি, নার্সিং হোম, হাসপাতাল ইত্যাদি) ব্যবস্থায় থাকার সম্ভাবনা রয়েছে।
- ☐ অন্যান্য _____

এই ব্যবস্থা HCBS Children's Waiver Authority, NY 4125 এবং 42 CFR 441.302(c) ও সামাজিক পরিষেবা আইন (Social Services Law) 366(6), 366(7), 366(9), অথবা 366(12) এর অধীনে গৃহীত হয়েছে।

হেলথ হোম প্রতিনিধির স্বাক্ষর: _____

আপনি যদি এই সিদ্ধান্তের সঙ্গে একমত না হন, তাহলে আপনি একটি কনফারেন্স (আলোচনা), একটি ন্যায্য শুনানি, অথবা উভয়েরই অনুরোধ করতে পারেন। একটি কনফারেন্স এবং/অথবা একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার পদ্ধতি জানতে অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তির উল্টো পৃষ্ঠাটি পড়ুন।

একটি কনফারেন্সের অধিকার

আপনি এই পদক্ষেপগুলি পর্যালোচনা করার জন্য একটি কনফারেন্সের অনুরোধ করতে পারেন। যদি আপনি একটি কনফারেন্স চান, তাহলে যত দ্রুত সম্ভব তার জন্য আপনাকে অনুরোধ করতে হবে। কনফারেন্সে, যদি আমরা জানতে পারি যে আমরা ভুল সিদ্ধান্ত নিয়েছি অথবা আপনার প্রদত্ত তথ্যের কারণে আমরা আমাদের সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলে আমরা সংশোধনমূলক পদক্ষেপ নেব এবং আপনাকে একটি নতুন বিজ্ঞপ্তি দেব। আপনি এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পৃষ্ঠায় দেওয়া নম্বরে আমাদের ফোন করে বা প্রথম পৃষ্ঠার উপরদিকে উল্লিখিত ঠিকানায় লিখিতভাবে অনুরোধ পাঠিয়ে একটি কনফারেন্সের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। এই নম্বরটি শুধুমাত্র কনফারেন্সের জন্য অনুরোধ করার উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হয়। **এটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার উপায় নয়।** আপনি যদি একটি কনফারেন্সের অনুরোধ করেন, তবুও আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অধিকারী থাকবেন। আপনি যদি চান যে আপনার সুবিধাগুলি অপরিবর্তিতভাবে (সহায়তা অব্যাহত) চলতে থাকুক যতক্ষণ না আপনি একটি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত পান, তাহলে আপনাকে নিচে বর্ণিত উপায়ে ন্যায্য শুনানির জন্য অনুরোধ করতে হবে। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নিচে পড়ুন।

একটি ন্যায্য শুনানির অধিকার

আপনি যদি মনে করেন উপরের পদক্ষেপটি ভুল, তাহলে আপনি নিম্নলিখিত উপায়ে একটি স্টেট ন্যায্য শুনানির (State Fair Hearing) জন্য অনুরোধ করতে পারেন:

- টেলিফোন:** আপনি স্টেটব্যাপী টোল-ফ্রি নম্বরে কল করতে পারেন: 800-342-3334
(কল করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি আপনার সঙ্গে রাখুন); অথবা
- ফ্যাক্স:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি (518) 473-6735 নম্বরে ফ্যাক্স করে পাঠান; অথবা
- অনলাইনে:** অনলাইন অনুরোধ ফর্মটি পূরণ করুন এবং পাঠান এখানে: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; অথবা
- চিঠি লিখে:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি পূর্ণাঙ্গ কপি পাঠান এই ঠিকানায় - Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201। একটি কপি আপনার কাছে রেখে দিন।
- সশরীরে (নিউ ইয়র্ক সিটি):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- সশরীরে (অ্যালবানি):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- বাক ও শ্রবণ প্রতিবন্ধীরা:** নিউ ইয়র্ক রিলে সার্ভিসে 711 বা 1-800-622-1220 নম্বরে যোগাযোগ করুন। অপারেটরের কাছে 877-502-6155 নম্বরে কল করার অনুরোধ করুন। এই নম্বরে পরিষেবা শুধুমাত্র TDD সরঞ্জাম ব্যবহারকারী কলারদের জন্য প্রদান করা হবে।

☐ আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই।

এজেন্সির পদক্ষেপটি ভুল কারণ _____

এই বিজ্ঞপ্তির তারিখ থেকে আপনি একটি ন্যায্য শুনানি অনুরোধ করার জন্য 60 দিন সময় পাবেন

যদি আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট আপনাকে শুনানির সময় এবং স্থান সম্পর্কে জানিয়ে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। আপনার আইনজীবী, আত্মীয়, বন্ধু বা অন্য কোনো ব্যক্তির মাধ্যমে প্রতিনিধিত্ব করার, অথবা নিজেই নিজের প্রতিনিধিত্ব করার অধিকার রয়েছে। শুনানিতে আপনি, আপনার আইনজীবী বা অন্য কোনো প্রতিনিধি লিখিত এবং মৌখিক প্রশ্নের উপস্থাপন করার সুযোগ পাবেন যে কেন এই পদক্ষেপটি নেওয়া উচিত নয়, এবং শুনানিতে উপস্থিত হওয়া যেকোনো ব্যক্তিকে প্রশ্ন করার সুযোগও পাবেন। এছাড়াও, আপনার পক্ষে কথা বলার জন্য সাক্ষী আনার আপনার অধিকার রয়েছে। আপনাকে শুনানিতে যেকোনো নথিপত্র যেমন এই বিজ্ঞপ্তি, বেতন স্লিপ, রসিদ, স্বাস্থ্যসেবা বিল, হিটিং বিল, চিকিৎসা যাচাইকরণ, ডাক্তারের চিঠি ইত্যাদি আনতে হবে, যা আপনার মামলা উপস্থাপন করতে সাহায্য করতে পারে।

আইনগত সহায়তা

যদি আপনার বিনামূল্যের আইনগত সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি আপনার স্থানীয় লিগ্যাল এইড সোসাইটি (Legal Aid Society) বা অন্য কোনো আইনগত অ্যাডভোকেট গ্রুপের সাথে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেইজে (Yellow Pages) "Lawyers" (আইনজীবী) বিভাগের নিচে আপনার নিকটতম লিগ্যাল এইড সোসাইটি বা অ্যাডভোকেট গ্রুপ খুঁজে পেতে পারেন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পৃষ্ঠায় দেওয়া নম্বরে কল করতে পারেন।

আপনার ফাইল এবং নথিপত্রের কপিগুলির অ্যাক্সেস

শুনানির জন্য প্রস্তুতি নেওয়ার ক্ষেত্রে আপনাকে সাহায্য করার জন্য, আপনি আপনার কেস ফাইল দেখার অধিকার রাখেন। আপনি যদি আমাদেরকে কল করেন বা আমাদের কাছে চিঠি লেখেন, তাহলে আমরা আপনার ফাইল থেকে নথিপত্রের বিনামূল্যে কপি প্রদান করব যা আমরা ন্যায্য শুনানিতে শুনানি কর্মকর্তাকে দেব। এছাড়াও, আপনি যদি আমাদেরকে কল করেন বা আমাদের কাছে চিঠি লেখেন, তাহলে আমরা আপনাকে আপনার ফাইল থেকে অন্যান্য নথির বিনামূল্যে কপি প্রদান করব যা আপনার মনে হয় আপনার ন্যায্য শুনানির জন্য প্রস্তুত করার জন্য প্রয়োজন হতে পারে। আপনি যদি আমাদেরকে কল করেন বা আমাদের কাছে চিঠি লেখেন, তাহলে আমরা আপনাকে প্রয়োজনীয় নির্দিষ্ট নীতিমালা সংক্রান্ত উপকরণ বিনামূল্যে সরবরাহ করব, যা আপনাকে ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করবেন কিনা বা শুনানির জন্য কীভাবে প্রস্তুতি নেবেন তা সিদ্ধান্ত নিতে সহায়তা করবে। আপনার জন্য যেসব নীতিমালা সংক্রান্ত উপকরণ উপলব্ধ থাকতে পারে, তার মধ্যে নিম্নলিখিত নথিপত্রগুলি রয়েছে যেমন: অ্যাডমিনিস্ট্রেটিভ ডিরেকটিভস, জেনারেল ইনফরমেশন সিস্টেম বার্তা, তথ্যবহুল চিঠিপত্র, Medicaid রেফারেন্স গাইডের নির্দিষ্ট অংশ, স্বাস্থ্য দপ্তরের Medicaid আপডেট নিউজলেটার এবং স্থানীয় কমিশনারের মেমোরেন্ডাম। নির্দিষ্ট নীতিমালা সংক্রান্ত উপকরণ, নথিপত্র চাওয়ার জন্য বা কীভাবে আপনার ফাইল দেখতে পারেন তা জানতে, এই বিজ্ঞপ্তির সামনে উপরের দিকে দেওয়া রেকর্ড অ্যাক্সেস টেলিফোন নম্বরে আমাদেরকে কল করুন অথবা উল্লিখিত ঠিকানায় আমাদেরকে লিখুন। যদি আপনি আপনার কেস ফাইল থেকে নির্দিষ্ট নীতিমালা সংক্রান্ত উপকরণ বা নথিপত্রের বিনামূল্যে কপি চান, তাহলে আপনাকে সেগুলোর জন্য আগেই অনুরোধ করতে হবে। শুনানির তারিখের আগেই একটি যৌক্তিক সময়ের মধ্যে সেগুলো আপনাকে প্রদান করা হবে। নথিপত্র আপনাকে শুধুমাত্র তখনই ডাকযোগে পাঠানো হবে যদি আপনি স্পষ্টভাবে তা পাঠানোর অনুরোধ করেন।

তথ্য

যদি আপনি আপনার কেস সম্পর্কে আরও তথ্য চান, ন্যায্য শুনানি কীভাবে অনুরোধ করবেন, কীভাবে আপনার ফাইল দেখবেন, অথবা নথিপত্রের অতিরিক্ত কপি কীভাবে পাবেন, তাহলে এই বিজ্ঞপ্তির পৃষ্ঠা 2 এর উপরের দিকে দেওয়া টেলিফোন নম্বরে আমাদের কল করুন অথবা পৃষ্ঠা 2 এর উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় আমাদেরকে চিঠি লিখুন।

বড় হরফে নাম লিখুন: _____

গ্রাহক শনাক্তকরণ নম্বর (Client Identification Number, CIN): _____

ঠিকানা: _____

টেলিফোন নম্বর: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____