

နယူးယောက်ပြည်နယ် 1915(c) ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်တွင် စာရင်း
သွင်းမှုအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်ဆိုင်ရာ အသိပေးစာ သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းမှု ငြင်းဆိုခြင်း

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Home and Community Based Services (HCBS)

(Notice of Decision for Enrollment or Denial of Enrollment in the New York State
1915(c) Children's Waiver)

အသိပေးစာ ရက်စွဲ- _____

CIN အမှတ်စဉ်- _____

အမွဲဝင် (ကလေး/လူငယ်)

အမည်- _____

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)- _____

C/O မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ/တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် ရှိပါက

အမည်- _____

ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေး အေဂျင်စီ/HEALTH HOME

အမည်- _____

လိပ်စာ- _____

တယ်လီဖုန်းနံပါတ်- _____

ဤသည်မှာ _____ မှစ၍ အကျိုးသက်ရောက်မည့်အကြောင်း သင့်အား အသိပေးရန်ဖြစ်ပြီး ဤအေဂျင်စီ _____ သည်
ရက်စွဲ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေး အေဂျင်စီ၏ အမည်/Health Home

☐ 1915(c) ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုစံနှုန်းများအားဖြင့် အိမ်နှင့် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများ (Home and Community Based Services, HCBS) အတွက် သင်၏ လျှောက်လွှာကို ခွင့်ပြုပေးခဲ့သည်

☐ သင်က ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပြီး HCBS ဝန်ဆောင်မှုများသုံးစွဲခွင့်ကို စတင်နိုင်သည်။ HCBS သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုသည် တစ်နှစ်အတွက်သာဖြစ်ကြောင်း မှတ်ထားပေးပါ။ HCBS ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သုံးနိုင်ရန် HCBS သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆုံးဖြတ်ချက်အသစ်ကို _____ ရက်စွဲ
မတိုင်မီ ပြီးမြောက်အောင် ဆောင်ရွက်ရမည်။

☐ သင်က ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော်လည်း သင့်ကို နေရာလွတ်အတွက် စောင့်ဆိုင်းနေသူများစာရင်းတွင် ထည့်ထားပေးပါသည်။

ဤသည်မှာ _____ မှစ၍ အကျိုးသက်ရောက်မည့်အကြောင်း သင့်အား အသိပေးရန်ဖြစ်ပြီး ဤအေဂျင်စီ _____ သည်
ရက်စွဲ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေး အေဂျင်စီ၏ အမည်/Health Home

☐ 1915(c) ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုစံနှုန်းများအားဖြင့် အိမ်နှင့် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများ (HCBS) အတွက် သင်၏ လျှောက်လွှာကို ငြင်းပယ်ခဲ့သည်။ သင်သည် အောက်ပါအကြောင်းအရင်း(များ)ကြောင့် ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်တွင် စာရင်းပေးသွင်းခြင်းအတွက် လိုအပ်သော သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုစံနှုန်းများနှင့် မကိုက်ညီပါ။

☐ သင်သည် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်တွင် စာရင်းပေးသွင်းခြင်းအတွက် လိုအပ်သော ရည်မှန်းချက်၊ ဘေးအန္တရာယ်နှင့် လက်တွေ့အသုံးဝင်မှု လိုအပ်ချက်များဆိုင်ရာ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုစံနှုန်းအဆင့်နှင့် မကိုက်ညီပါ။

☐ သင်က အသက် 21 နှစ် ပြည့်နှစ်ပြီးဖြစ်သည်။

☐ သင်သည် အခြား HCBS စနစ်ထဲမှ HCBS ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူထားသည် (ဥပမာ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းသူများအတွက် ရုံး (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) သို့မဟုတ် ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေး (Managed Long-Term Care, MLTC))။

☐ သင့်ကို အတွင်းလူနာအပြင်အဆင် (ဥပမာ နေထိုင် ကုသမှုစင်တာ၊ ဘိုးဘွားရိပ်သာ၊ ဆေးရုံ စသည်တို့) ဖြင့် ရက်ပေါင်း 90 နှင့်အထက် ကြာအောင် ထားရှိရန် မျှော်လင့်ထားသည်။

☐ အခြား _____

ဤလုပ်ဆောင်ချက်ကို HCBS ကလေးသူငယ် လျှော့ပေါ့သက်သာခွင့်အစီအစဉ်အမိန့်အာဏာ NY 4125 နှင့် 42 CFR 441.302(c) နှင့် လူမှုဝန်ဆောင်မှုများဥပဒေ 366(6)၊ 366(7)၊ 366(9) သို့မဟုတ် 366(12) အရ လုပ်ဆောင်သည်။

Health Home ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်- _____

သင်က ဤဆုံးဖြတ်ချက်နှင့်ပတ်သက်၍ မကျေနပ်ပါက ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ၊ မျှတသော ကြားနာမှု သို့မဟုတ် နှစ်ခုစလုံးကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။
ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ နှင့်/သို့မဟုတ် မျှတသော ကြားနာမှုတစ်ရပ်ကို တောင်းဆိုနည်းအကြောင်း သိရှိနိုင်စေရန် ဤအသိပေးစာ၏ နောက်ကျောဘက်ကို ဖတ်ရှုပါ။

ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ ပြုလုပ်ရန် တောင်းဆိုခွင့်

သင်သည် ဤလုပ်ဆောင်ချက်များကို သုံးသပ်ရန် ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ ပြုလုပ်နိုင်သည်။ ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ ပြုလုပ်ရန် ဆန္ဒရှိပါက ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲတစ်ခု ပြုလုပ်ရန် ချက်ချင်း တောင်းဆိုသင့်ပါသည်။ ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲတွင် ကျွန်ုပ်တို့က ဆုံးဖြတ်ချက်အမှားကို ချမှတ်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့တွေ့ရှိပါက သို့မဟုတ် သင် ပေးအပ်ခဲ့သော အချက်အလက်များကြောင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြင်ဆင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ဆုံးဖြတ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် အမှားပြင်ဆင်ရေး လုပ်ဆောင်ချက်ကို လုပ်ဆောင်မည်ဖြစ်ပြီး သင့်အား အသိပေးစာအသစ်တစ်ခု ပေးအပ်မည်ဖြစ်သည်။

သင်သည် ဤအသိပေးစာ၏ ပထမစာမျက်နှာရှိ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် ဤအသိပေးစာ၏ ပထမစာမျက်နှာထိပ်ပိုင်းရှိ လိပ်စာသို့ ရေးသားတောင်းဆိုချက် ပေးပို့ခြင်းဖြင့် ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ ပြုလုပ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲ ပြုလုပ်ရန်အလို့ငှာ တောင်းဆိုရန်အတွက်သာ ဤဖုန်းနံပါတ်ကို အသုံးပြုပါသည်။ ဤသည်မှာ မျှတသော ကြားနာမှု တောင်းဆိုသည့်နည်းလမ်း မဟုတ်ပါ။ ညှိနှိုင်းဆွေးနွေးပွဲကို တောင်းဆိုထားလျှင်ပင် မျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုခွင့်ရှိဆဲ ဖြစ်ပါသည်။ သင်က မျှတသော ကြားနာမှုဆုံးဖြတ်ချက်ကို မရမချင်း သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို မပြောင်းလဲဘဲ ဆက်လက်ရယူလိုလျှင် (ကူညီထောက်ပံ့မှု ဆက်လက်ရရှိခြင်း) မျှတသော ကြားနာမှုကို အောက်ဖော်ပြပါနည်းလမ်းဖြင့် တောင်းဆိုရမည်။ မျှတသော ကြားနာမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအတွက် အောက်တွင် ဖတ်ရှုပါ။

မျှတသော ကြားနာမှု ပြုလုပ်ရန် တောင်းဆိုခွင့်

အထက်ဖော်ပြပါ လုပ်ဆောင်ချက်ကို မှားယွင်းသည်ဟု သင် ယုံကြည်ပါက ပြည်နယ် မျှတသော ကြားနာမှုကို အောက်ပါအတိုင်း ဆက်သွယ်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

1. တယ်လီဖုန်း- ပြည်နယ်လုံးဆိုင်ရာ ခေါ်ဆိုခအခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။ 800-342-3334
(ဖုန်းခေါ်ဆိုသောအခါ ဤအသိပေးစာကို သင်နှင့်အတူ ထားရှိပါ။) သို့မဟုတ်
 2. ဖက်စ်- ဤအသိပေးစာမိတ္တူကို ဖက်စ်နံပါတ် (518) 473-6735 သို့ ပေးပို့ပါ။ သို့မဟုတ်
 3. အွန်လိုင်း- အွန်လိုင်းတောင်းဆိုလွှာဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ပြီး ဖော်ပြပါသို့ ပေးပို့ပါ။ <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp> သို့မဟုတ်
 4. စာပို့ရန်- ဤအသိပေးစာအပြည့်အစုံ မိတ္တူကို Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201 သို့ ပေးပို့ပါ။ မိတ္တူတစ်စောင်ကို မိမိဘာသာ သိမ်းဆည်းထားပါ။
 5. လာရောက်ပေးပို့ပါ (နယူးယောက်မြို့)-
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
 - လာရောက်ပေးပို့ပါ (Albany)-
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
6. ဆွဲအနားမကြားသူများအတွက်- 711 သို့မဟုတ် 1-800-622-1220 မှတစ်ဆင့် New York Relay Service ထံ ဆက်သွယ်ပါ။ 877-502-6155 သို့ ခေါ်ဆိုပေးရန် ဖုန်းဖြေဆိုသူအား တောင်းဆိုပါ။ ဤနံပါတ်ရှိ ဝန်ဆောင်မှုကို TDD ကိရိယာသုံးသူများအတွက်သာ ပေးအပ်မည်ဖြစ်သည်။

☐ မျှတသော ကြားနာမှုကို ကျွန်ုပ် လိုချင်သည်။

ဖော်ပြပါအကြောင်းကြောင့် အေဂျင်စီ၏ လုပ်ဆောင်ချက်သည် မှားယွင်းသည် _____

မျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုရန် ဤအသိပေးစာပါ ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 60 အချိန်ရပါသည်

အကယ်၍ သင်သည် မျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုပါက ပြည်နယ်က မျှတသော ကြားနာမှု ကျင်းပမည့် အချိန်နှင့် နေရာအကြောင်း အသိပေးစာတစ်စောင်ကို သင့်ထံ ပေးပို့ပါမည်။ သင်သည် သင့်ကိုယ်သင် ကိုယ်စားပြုရန် သို့မဟုတ် တရားဝင် ဝတ်လုံတော်ရရှေ့နေ၊ ဆွေမျိုး၊ မိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် အခြားပုဂ္ဂိုလ်က သင့်ကိုယ်စား ဆောင်ရွက်ရန် အခွင့်ရှိသည်။ ကြားနာမှုတွင် သင်၊ သင်၏ရှေ့နေ သို့မဟုတ် အခြားကိုယ်စားလှယ်သည် လုပ်ဆောင်ချက်ကို မလုပ်ဆောင်သင့်ကြောင်း သရုပ်ဖော်ပြရန် ရေးသားထားသော၊ နှုတ်ဖြင့်ပြောဆိုသော သက်သေကို တင်ပြခွင့်ရှိမည့်အပြင် ကြားနာမှုသို့ တက်ရောက်လာသူတိုင်းကို မေးခွန်းများ မေးခွင့်ရှိမည်ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် သင်သည် သင့်ဘက်မှ ထောက်ခံပြောဆိုပေးမည့် အသိသက်သေများကိုလည်း ခေါ်လာခွင့်ရှိသည်။ သင်သည် သင့်အမှုကို တင်ပြရာတွင် အကူအညီဖြစ်နိုင်မည့် ဤအသိပေးစာ၊ လစာဖြတ်ပိုင်းများ၊ ငွေလက်ခံဖြတ်ပိုင်းများ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဘောင်များ၊ အပူပေးစနစ်ဘောင်များ၊ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ စီစစ်ချက်၊ ဆရာဝန်၏ စာများ စသည်တို့ကိုသို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများကို ကြားနာမှုသို့ ယူဆောင်လာသင့်သည်။

ဥပဒေရေးရာ အကူအညီ

အခမဲ့ ဥပဒေရေးရာ အကူအညီ လိုအပ်ပါက သင်၏ဒေသဆိုင်ရာ ဥပဒေရေးရာ အကူအညီအဖွဲ့ သို့မဟုတ် အခြားသော တရားဝင် တရားရုံးရှေ့နေအဖွဲ့ထံ ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် အဆိုပါ အကူအညီကို ရယူနိုင်ပါသည်။ "Lawyers (ရှေ့နေများ)" ခေါင်းစဉ်အောက်ရှိ သင်၏ အဝါရောင် လမ်းညွှန်စာမျက်နှာများတွင် ရှာဖွေခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် ဤအသိပေးစာ၏ ပထမစာမျက်နှာတွင် ဖော်ပြထားသော ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် အနီးဆုံး ဥပဒေရေးရာ အကူအညီအဖွဲ့ သို့မဟုတ် တရားရုံးရှေ့နေအဖွဲ့၏ တည်နေရာကို သိရှိနိုင်ပါသည်။

သင့်ဖိုင်နှင့် စာရွက်စာတမ်းမိတ္တူများသို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုခွင့်

ကြားနာမှုအတွက် ပြင်ဆင်ရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေရန် သင့်ကိစ္စရပ်ဖိုင်တွဲကို ကြည့်ရှုခွင့်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ သင်က ကျွန်ုပ်တို့ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါက သို့မဟုတ် စာရေးသား၊ ပေးပို့ပါက ကြားနာမှုတွင် ကြားနာမှုအရာရှိထံ ကျွန်ုပ်တို့ ပေးအပ်မည့် သင့်ဖိုင်တွဲပါ စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ထံ အခမဲ့ပေးအပ်ပါမည်။ ထို့အပြင် သင်က ကျွန်ုပ်တို့ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါက သို့မဟုတ် စာရေးသား၊ ပေးပို့ပါက မျှတသော ကြားနာမှုအတွက် လိုအပ်မည်ဟု သင်ယူဆသော သင့်ဖိုင်တွဲပါ စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ထံ အခမဲ့ပေးအပ်ပါမည်။ သင်က ကျွန်ုပ်တို့ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါက သို့မဟုတ် စာရေးသားပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် မျှတသော ကြားနာမှု တောင်းဆိုရန်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် ကြားနာမှုအတွက် ပြင်ဆင်ရန်ဖြစ်စေ ဆုံးဖြတ်နိုင်ရန်အလို့ငှါ သင့်အတွက် လိုအပ်သော သီးခြားသတ်မှတ်ထားသည့် ပေါ်လစီဆောင်းပါးများကို အခကြေးငွေမလိုဘဲ ရရှိနိုင်အောင်လည်း ပြုလုပ်ပေးပါမည်။ သင့်အတွက် ရရှိနိုင်မည့် ပေါ်လစီဆောင်းပါးများတွင် အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော စာရွက်စာတမ်းများ ပါဝင်သည်- စီမံအုပ်ချုပ်ရေးဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်များ၊ အထွေထွေ သတင်းအချက်အလက်စနစ် မက်ဆေ့ချ်များ၊ သတင်းအချက်အလက်ဆိုင်ရာ စာများ၊ Medicaid ကိုးကားလမ်းညွှန်၏ အစိတ်အပိုင်းများ၊ ကျန်းမာရေးဌာန Medicaid အပ်ဒိတ် သတင်းလွှာများနှင့် ဒေသဆိုင်ရာ ကော်မရှင်နာမင်းကြီး၏ မှတ်စုများ။ သီးခြားသတ်မှတ်ထားသည့် ပေါ်လစီဆောင်းပါးများ၊ စာရွက်စာတမ်းများကို တောင်းဆိုရန် သို့မဟုတ် သင့်ဖိုင်ကို ကြည့်ရှုနည်းအကြောင်း ရှာဖွေရန် ဤအသိပေးစာ၏ ရှေ့စာမျက်နှာထိပ်ပိုင်းရှိ မှတ်တမ်းသုံးစွဲခွင့် တယ်လီဖုန်းနံပါတ်မှတစ်ဆင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံ ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် ဤသတိပေးစာ၏ ရှေ့စာမျက်နှာထိပ်ပိုင်းရှိ လိပ်စာသို့ စာရေးသားပေးပို့ပါ။ သင့်ကိစ္စရပ်ဖိုင်တွဲမှ သီးခြားသတ်မှတ်ထားသည့် ပေါ်လစီဆောင်းပါးများ သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူကို အခမဲ့အလိုရှိပါက ကြိုတင်တောင်းခံရပါမည်။ ကြားနာမှု ပြုလုပ်မည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သော အချိန်အပိုင်းအခြားအတွင်း အဆိုပါမိတ္တူများကို သင့်ထံ ပေးအပ်ပါမည်။ စာရွက်စာတမ်းများကို စာတိုက်မှ ပေးပို့ရန် တောင်းဆိုမှုသာ ၎င်းတို့ကို သင့်ထံ စာတိုက်မှ ပေးပို့ပါမည်။

အချက်အလက်များ

သင့်ကိစ္စရပ်၊ မျှတသော ကြားနာမှု ပြုလုပ်ရန် တောင်းဆိုနည်း၊ သင့်ဖိုင်ကို ကြည့်ရှုနည်း သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများ၏ ထပ်လောင်းမိတ္တူများကို ရယူနည်းတို့နှင့်စပ်လျဉ်း၍ ထပ်လောင်းအချက်အလက်များ ရယူလိုပါက ဤအသိပေးစာ၏ စာမျက်နှာ 2 ထိပ်ပိုင်းရှိ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်မှတစ်ဆင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံ ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် ဤအသိပေးစာ၏ စာမျက်နှာ 2 ထိပ်ပိုင်းရှိ လိပ်စာသို့ စာရေးသားပေးပို့ပါ။

စာလုံးကြီးဖြင့် ရေးသားထားသော အမည်- _____

ကလိုင်းရန် သက်သေခံနံပါတ် (Client Identification Number, CIN)- _____

လိပ်စာ- _____

တယ်လီဖုန်းနံပါတ်- _____

လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____