

न्यूयॉर्क राज्यको 1915(c) बालबालिकाका लागि छुट सुविधामा भर्ना स्वीकृति
वा अस्वीकृतिको निर्णय सम्बन्धी सूचना (Notice of Decision for Enrollment
or Denial of Enrollment in the New York State 1915(c) Children's Waiver)

सूचना मिति: _____

CIN नम्बर: _____

सदस्य (बच्चा/युवा)

नाम: _____ जन्ममिति (महिना/दिन/वर्ष): _____

कुनै पनि हुनुभएमा, C/O आमाबुवा/ अभिभावक/ कानुनी रूपमा अधिकृत प्रतिनिधि

नाम: _____

स्याहार व्यवस्थापन एजेन्सी/स्वास्थ्य गृह

नाम: _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर: _____

यो तपाईंलाई _____ देखि यो निकाय _____ लागू हुने छ भनी सल्लाह दिन हो
मिति स्याहार व्यवस्थापन एजेन्सी/स्वास्थ्य गृहको नाम

☐ तपाईंको आवेदन 1915(c) बालबालिकाका लागि छुट सुविधाअन्तर्गतको योग्यता मापदण्डमार्फत गृह तथा समुदायमा आधारित सेवा (Home and Community Based Services, HCBS) का लागि स्वीकृत गरिएको छ

☐ तपाईं बालबालिकाका लागि छुट सुविधाका लागि योग्य ठहरिनु भएको छ र HCBS सेवाहरूमा पहुँच सुरु गर्न सकिन्छ। कृपया HCBS योग्यता एक वर्षका लागि राम्रो छ भन्ने कुरा याद गर्नुहोस्। HCBS सेवाहरू जारी राख्नका लागि, निम्न मितिभन्दा अगाडि नयाँ HCBS योग्यता निर्धारण सम्पन्न गरिनु आवश्यक छ: _____।
मिति

☐ तपाईं बालबालिकाका लागि छुट सुविधा (Children's Waiver) को लागि योग्य ठहरिनुभएको छ, यद्यपि तपाईंलाई खाली स्थान उपलब्ध नहुन्जेल प्रतीक्षा सूचीमा राखिएको छ।

यो तपाईंलाई _____ देखि यो निकाय _____ लागू हुने छ भनी सल्लाह दिन हो
मिति स्याहार व्यवस्थापन एजेन्सी/स्वास्थ्य गृहको नाम

☐ तपाईंको आवेदन 1915(c) बालबालिकाका लागि छुट सुविधाअन्तर्गतको योग्यता मापदण्डमार्फत गृह तथा समुदायमा आधारित सेवा (HCBS) का लागि अस्वीकृत गरिएको छ। निम्न कारण(हरू)का आधारमा तपाईं बालबालिकाका लागि छुट सुविधामा भर्नाका लागि आवश्यक योग्यता मापदण्ड पूरा गर्नुहुन्न:

☐ तपाईं छुट सुविधामा भर्नाका लागि आवश्यक लक्ष्य, जोखिम र कार्यात्मक आवश्यकताहरूको स्तरको स्याहार (Level of Care, LOC) मापदण्ड पूरा गर्नुहुन्न।

☐ तपाईंको उमेर 21 वर्षभन्दा बढी छ।

☐ तपाईंले अर्को HCBS प्रणालीबाट (जस्तै: विकासात्मक अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि कार्यालय (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) वा व्यवस्थित दीर्घकालीन स्याहार (Managed Long-Term Care, MLTC)) HCBS सेवाहरू प्राप्त गर्नुभएको छ।

☐ तपाईंलाई 90 दिन वा सोभन्दा बढी समयका लागि आवासीय (जस्तै आवासीय उपचार केन्द्र, नर्सिङ होम, अस्पताल आदि) संस्थामा बसोबास गर्ने अपेक्षा गरिएको छ।

☐ अन्य _____

यो कार्य HCBS बालबालिकाका लागि छुट सुविधा अधिकार NY 4125 र 42 CFR 441.302(c) तथा सामाजिक सेवा ऐनको (Social Services Law) धाराहरू 366(6), 366(7), 366(9) वा 366(12) अन्तर्गत लिइएको हो।

स्वास्थ्य गृह प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: _____

तपाईं यो निर्णयसँग सहमत हुनुहुन्न भने तपाईंले कन्फरेन्स, निष्पक्ष सुनुवाई वा दुवैका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
कृपया सम्मेलन र/वा निष्पक्ष सुनुवाईको अनुरोध कसरी गर्ने भन्ने जानकारीका लागि यो सूचनाको पछाडिको भाग पढ्नुहोस्।

सम्मेलनका लागि अधिकार

तपाईंले यी कार्यहरूको पुनरावलोकन गर्न कन्फरेन्स गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं कन्फरेन्स चाहनुहुन्छ भने, सकेसम्म चाँडो त्यसको लागि अनुरोध गर्नु उपयुक्त हुन्छ। कन्फरेन्समा, हामीले गलत निर्णय गरेको पत्ता लगाउँ वा तपाईंले प्रदान गरेको जानकारीका आधारमा निर्णय परिवर्तन गर्ने ठानेमा, हामी सुधारात्मक कार्यवाही गर्ने छौं र तपाईंलाई नयाँ सूचना दिने छौं। तपाईं यो सूचनाको पहिलो पृष्ठमा दिइएको फोन नम्बरमा हामीलाई फोन गरेर वा पहिलो पृष्ठको माथिल्लो भागमा दिइएको ठेगानामा लिखित अनुरोध पठाएर सम्मेलनको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। यो नम्बर सम्मेलनका लागि सोध्न मात्र प्रयोग गरिन्छ। यो तपाईंले निष्पक्ष सुनुवाईका लागि अनुरोध गर्ने तरिका होइन। तपाईंले सम्मेलनका लागि अनुरोध गर्नुभयो भने पनि तपाईं अझै निष्पक्ष सुनुवाईको हकदार हुनुहुन्छ। तपाईंले निष्पक्ष सुनुवाईको निर्णय प्राप्त नगरेसम्म तपाईं आफ्नो लाभहरू यथावत् जारी राख्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले तल वर्णन गरिएको तरिकाले निष्पक्ष सुनुवाईको अनुरोध गर्नु पर्ने छ। निष्पक्ष सुनुवाईको जानकारीका लागि तल पढ्नुहोस्।

निष्पक्ष सुनुवाईको अधिकार

तपाईंलाई माथिको कार्य गलत लागेको छ भने, तपाईंले निम्न तरिकाबाट राज्यस्तरीय स्पष्ट श्रवणको (State Fair Hearing) अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

- टेलिफोन:** तपाईंले राज्य-व्यापी टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ: 800-342-3334
(कृपया तपाईंले मा कल गर्दा यो सूचना तपाईंसँग राख्नुहोस्); वा
- फ्याक्स:** यस सूचनाको प्रतिलिपि फ्याक्स नम्बरमा पठाउनुहोस्। (518) 473-6735; वा
- अन-लाइन:** पूरा गर्नुहोस् र अनलाइन अनुरोध फारम यहाँ पठाउनुहोस्: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; वा
- लेख्नुहोस्:** पूरा गरिएको यो सूचनाको एक प्रति Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201 मा पठाउनुहोस्। कृपया आफ्नो लागि एक प्रतिलिपि राख्नुहोस्।
- वाक-इन (न्यूयोर्क सहर):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- वाक इन (अल्बानी):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- बोली र श्रवण कमजोरी:** न्यूयोर्क रिले सेवा 711 वा 1-800-622-1220 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। सञ्चालकले 877-502-6155 मा फोन गर्नुहुन्छ भनी अनुरोध गर्नुहोस्। यस नम्बरमा सेवा TDD उपकरण प्रयोग गर्ने फोन गर्ने व्यक्तिहरूलाई मात्र उपलब्ध गराइने छ।

☐ मैले निष्पक्ष सुनुवाई चाहन्छु।

एजेन्सीको कार्य गलत हो किनभने _____

तपाईंले यो सूचनाको मितिबाट 60 दिनभित्र स्पष्ट श्रवणको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले स्पष्ट श्रवणको अनुरोध गर्नु भयो भने, राज्यले तपाईंलाई सुनुवाईको समय र स्थानको जानकारी दिने सूचना पठाउने छ। तपाईंलाई कानुनी सल्लाहकार, आफन्त, साथी वा अन्य व्यक्तिबाट प्रतिनिधित्व गराउने, वा आफूले नै आफूलाई प्रतिनिधित्व गर्ने अधिकार छ। सुनुवाईमा, तपाईं, तपाईंको वकिल वा अन्य प्रतिनिधिले कार्य किन नलिनु पर्ने हो भन्ने देखाउन लेखित र मौखिक प्रमाणहरू प्रस्तुत गर्ने अवसर पाउनुहुनेछ, साथै सुनुवाईमा उपस्थित कुनै पनि व्यक्तिलाई प्रश्न सोध्ने अवसर पनि पाउनुहुनेछ। त्यसैगरी, तपाईंलाई आफ्ना पक्षमा बोल्ने साक्षीहरू ल्याउने अधिकार पनि छ। तपाईंले सुनुवाईमा आफ्नो मुद्दा प्रस्तुत गर्न मद्दत गर्न सक्ने यस सूचना जस्ता कुनै पनि कागजात, तलबका पर्ची, रसीद, स्वास्थ्य सेवाको बिल, हिटिङ बिल, चिकित्सा प्रमाणीकरण, चिकित्सकका चिठीहरू आदि ल्याउनुपर्छ।

कानुनी सहायता

तपाईंलाई निःशुल्क कानुनी सहायता आवश्यक छ भने, तपाईं आफ्नो स्थानीय कानुनी सहायता समाज (Legal Aid Society) वा अन्य कानुनी सहायता समूह (legal advocate group) सम्पर्क गरेर यस्तो सहायता प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले "Lawyers" (वकिलहरू) अन्तर्गत येल्लो पेजेज (Yellow Pages) हेरेर वा यो सूचनाको पहिलो पृष्ठमा दिइएको नम्बरमा फोन गरेर आफू नजिकको कानुनी सहायता समाज (Legal Aid Society) वा कानुनी सहायता समूह पत्ता लगाउन सक्नुहुन्छ।

तपाईंको फाइलमा पहुँच र कागजातहरूको प्रतिलिपि प्राप्ति

सुनुवाइको तयारी गर्न तपाईंलाई सहयोग पुग्ने गरी, तपाईंलाई आफ्नो मुद्दा फाइल हेर्ने अधिकार छ। तपाईं हामीलाई फोन गर्नुहुन्छ वा लिखित रूपमा सम्पर्क गर्नुहुन्छ भने, हामी तपाईंको फाइलमा भएका ती कागजातहरूको निःशुल्क प्रतिलिपि तपाईंलाई उपलब्ध गराउनेछौं जुन हामी निष्पक्ष सुनुवाइ (fair hearing) मा सुनुवाइ अधिकारीलाई उपलब्ध गराउने छौं। त्यसैगरी, यदि तपाईं हामीलाई फोन गर्नुहुन्छ वा लिखित रूपमा सम्पर्क गर्नुहुन्छ भने, तपाईंले स्पष्ट श्रवण को तयारीका लागि आवश्यक पर्न सक्छ भन्नुभएको अन्य कागजातहरूको पनि हामी निःशुल्क प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनेछौं। यदि तपाईं हामीलाई फोन गर्नुहुन्छ वा लिखित रूपमा सम्पर्क गर्नुहुन्छ भने, स्पष्ट श्रवण को लागि अनुरोध गर्ने वा सुनुवाइको तयारी गर्ने निर्णय लिन तपाईंलाई आवश्यक पर्ने विशेष नीति सम्बन्धी सामग्रीहरू पनि हामी तपाईंलाई निःशुल्क उपलब्ध गराउने छौं। तपाईंलाई उपलब्ध हुन सक्ने नीति सामग्रीहरूमा कागजातहरू समावेश छन् जस्तै: प्रशासनिक निर्देशनहरू, सामान्य सूचना प्रणाली सन्देशहरू, सूचनात्मक पत्रहरू, Medicaid सन्दर्भ मार्गदर्शिकाका केही अंशहरू, स्वास्थ्य विभागका Medicaid अद्यावधिक समाचारपत्रहरू, र स्थानीय आयुक्तका ज्ञापनहरू। विशेष नीति सम्बन्धी सामग्रीहरू, कागजातहरू अनुरोध गर्न वा आफ्नो फाइल कसरी हेर्ने भन्ने जानकारी लिन, कृपया यो सूचनाको अगाडिको पृष्ठको माथिल्लो भागमा दिइएको रेकर्ड एक्सेस (Record Access) फोन नम्बरमा हामीलाई फोन गर्नुहोस् वा त्यही भागमा छापिएको ठेगानामा हामीलाई पत्र लेख्नुहोस्। तपाईं आफ्नो मुद्दा फाइलबाट विशेष नीति सम्बन्धी सामग्रीहरू वा कागजातहरूको निःशुल्क प्रतिलिपि चाहनुहुन्छ भने ती पहिले नै अग्रिम रूपमा माग गर्नु उपयुक्त हुन्छ। तपाईंलाई ती कागजातहरू सुनुवाइको मितिभन्दा पर्याप्त अगावै उचित समयभित्र उपलब्ध गराइने छ। कागजातहरू तपाईंले स्पष्ट रूपमा माग गरे मात्र तपाईंलाई हुलाकमार्फत पठाइने छ।

जानकारी

तपाईंलाई आफ्नो मुद्दासम्बन्धी थप जानकारी, स्पष्ट श्रवणको लागि कसरी अनुरोध गर्ने, आफ्नो फाइल कसरी हेर्ने, वा कागजातहरूको थप प्रतिलिपि कसरी प्राप्त गर्ने भन्ने बारे जानकारी चाहिएको छ भने, कृपया यो सूचनाको दोस्रो पृष्ठको माथिल्लो भागमा दिइएका फोन नम्बरहरूमा हामीलाई फोन गर्नुहोस् वा त्यही भागमा छापिएको ठेगानामा हामीलाई पत्र लेख्नुहोस्।

पूरा नाम: _____

सेवाग्राही पहिचान नम्बर (Client Identification Number, CIN): _____

ठेगाना: _____

टेलिफोन नम्बर: _____

हस्ताक्षर: _____

मिति: _____