

نیو یارک ریاست 1915(c) بچوں کی چھوٹ میں اندراج یا اندراج سے
انکار کے فیصلے کا نوٹس (Notice of Decision for Enrollment or Denial)
(of Enrollment in the New York State 1915(c) Children's Waiver)

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

نمبر: CIN

نوٹس کی تاریخ:

رکن (بچہ/نوجوان)

تاریخ پیدائش (mm/dd/yyyy):

نام:

بمعرفت والد/والدہ/سرپرست/قانونی طور پر مجاز نمائندہ، اگر کوئی ہو

نام:

کیئر مینجمنٹ ایجنسی/بیلٹھ بوم

نام:

پتہ:

ٹیلیفون نمبر:

آپ کو مطلع کیا جاتا ہے کہ مورخہ _____ سے اس ایجنسی نے _____
کیئر مینجمنٹ ایجنسی/بیلٹھ بوم کا نام

□ 1915(c) بچوں کی چھوٹ کی اہلیت کے معیارِ اصول کے تحت بوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز (Home and Community Based Services, HCBS) کے لیے آپ کی درخواست منظور کر لی ہے

□ آپ کو بچوں کی چھوٹ کے لیے اہل قرار پایا گیا ہے اور آپ کے لیے HCBS کی خدمات تک رسائی شروع ہو سکتی ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ HCBS کی اہلیت ایک سال کے لیے ہے۔ HCBS کی خدمات جاری رکھنے کے لیے HCBS اہلیت کا ایک نیا تعین اس تاریخ سے پہلے مکمل کرنا ضروری ہے: _____
تاریخ

□ آپ کو بچوں کی چھوٹ کے لیے اہل قرار پایا گیا ہے، تاہم کوئی جگہ دستیاب ہونے تک آپ کو انتظار کی فہرست میں رکھ دیا گیا ہے۔

آپ کو مطلع کیا جاتا ہے کہ مورخہ _____ سے اس ایجنسی نے _____
کیئر مینجمنٹ ایجنسی/بیلٹھ بوم کا نام

□ 1915(c) بچوں کی چھوٹ کی اہلیت کے معیارِ اصول کے تحت بوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز کے لیے آپ کی درخواست کو مسترد کر دیا گیا ہے۔ آپ درج ذیل وجہ (وجوہات) کی بناء پر بچوں کی چھوٹ میں اندراج کے لیے درکار اہلیت کے معیارِ اصول پر پورا نہیں اترتے:

□ آپ چھوٹ میں اندراج کے لیے درکار ضروری ہدف، خطرہ اور افعالی تقاضوں کے حوالے سے نگہداشت صحت کے درجے کے معیارِ اصول پر پورا نہیں اترتے۔
□ آپ کی عمر 21 سال سے زیادہ ہے۔

□ آپ کسی دوسرے HCBS سسٹم (مثلاً نشوونما کی معذوریوں کے حامل افراد کے دفتر (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) یا مینیجڈ لانگ ٹرم کیئر (Managed Long-Term Care, MLTC) سے HCBS خدمات حاصل کرتے ہیں۔
□ آپ سے توقع کی جاتی ہے کہ آپ 90 دن یا اس سے زیادہ عرصہ کے لیے داخل شدہ مریضوں کی کسی ترتیب (مثلاً اقامتی علاج گاہ، نرسنگ بوم، ہسپتال وغیرہ) میں رہے ہوں۔

□ دیگر

یہ کارروائی HCBS چلڈرنز ویور اتھارٹی NY 4125 اور (c) 441.302 CFR 42 اور سوشل سروسز قانون (6) 366، (7) 366، (9) 366 یا (12) 366 کے تحت عمل میں لائی جاتی ہے۔

بیلٹھ بوم کے نمائندے کے دستخط:

اگر آپ اس فیصلے سے متفق نہ ہوں، تو آپ ایک کانفرنس، منصفانہ سماعت یا دونوں کا مطالبہ کر سکتے ہیں۔
کانفرنس اور/یا منصفانہ سماعت کی درخواست کرنے کا طریقہ جاننے کے لیے براہ کرم اس نوٹس کا پچھلا حصہ پڑھیں۔

کانفرنس کا حق

ان کارروائیوں پر نظرثانی کے لیے آپ کے پاس ایک کانفرنس کا حق موجود ہے۔ اگر آپ کو ایک کانفرنس چاہیے ہو، تو آپ کو جلد از جلد اس کے بارے میں کہنا چاہیے۔ اگر کانفرنس سے معلوم ہوتا ہے کہ ہم نے غلط فیصلہ کیا ہے یا اگر، آپ کی فراہم کردہ معلومات کی بناء پر، ہم اپنا فیصلہ تبدیل کرنا طے کرتے ہیں، تو ہم اصلاحی کارروائی انجام دیں گے اور آپ کو ایک نیا نوٹس دیں گے۔ آپ ہمیں اس نوٹس کے پہلے صفحہ پر دیے گئے نمبر پر کال کر کے یا اس نوٹس کے پہلے صفحے کے اوپر درج شدہ پتے پر ایک تحریری درخواست بھیج کر ایک کانفرنس کا مطالبہ کر سکتے ہیں۔ یہ نمبر صرف کانفرنس کا مطالبہ کرنے کے لیے ہے۔ یہ وہ طریقہ نہیں ہے جس سے آپ ایک منصفانہ سماعت کی درخواست کرتے ہیں اگر آپ کانفرنس کا مطالبہ کرتے ہیں، تو آپ پھر بھی ایک منصفانہ سماعت کے حقدار رہیں گے۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ آپ کے فوائد بغیر کسی تبدیلی کے تب تک جاری رہیں (امداد جاری رہے) جب تک کہ آپ کو منصفانہ سماعت کا فیصلہ نہ مل جائے، تو آپ کو منصفانہ سماعت کی درخواست نیچے دیے گئے طریقے کے مطابق دینی چاہیے۔ منصفانہ سماعت کی معلومات ذیل میں پڑھیں۔

منصفانہ سماعت کا حق

اگر آپ کو لگتا ہے کہ مندرجہ بالا کارروائی غلط ہے، تو آپ ریاستی منصفانہ سماعت کی درخواست بذریعہ درج ذیل کر سکتے ہیں:

1. **ٹیلیفون:** آپ ریاست بھر میں ٹول فری نمبر پر کال کر سکتے ہیں: 800-342-3334
(براہ کرم کال کرتے وقت یہ نوٹس اپنے پاس رکھیں)؛ یا

2. **فیکس:** اس نوٹس کی ایک نقل اس فیکس نمبر پر بھیجیں 473-6735 (518)؛ یا

3. **آن لائن:** آن لائن درخواست فارم مکمل کریں اور یہاں بھیجیں: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>؛ یا

4. **لکھیں:** اس مکمل شدہ نوٹس کی ایک نقل یہاں بھیجیں: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201
براہ کرم اپنے لیے بھی ایک نقل رکھیں۔

موقع پر جا کر (البانی):

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201

5. موقع پر جا کر (نیو یارک شہر):

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004

6. **بول چال اور سماعت کے نقائص:** نیو یارک ریلے سروس سے 711 یا 1-800-622-1220 پر رابطہ کریں۔ درخواست کریں کہ آپریٹر 877-502-6155 پر کال کرے۔ اس نمبر پر سروس صرف ایسے کالرز کو فراہم کی جائے گی جو TDD آلات استعمال کر رہے ہوں۔

□ مجھے ایک منصفانہ سماعت چاہیے۔

ایجنسی کی کارروائی غلط ہونے کی وجہ

منصفانہ سماعت کی درخواست کرنے کے لیے آپ کے پاس اس نوٹس کی تاریخ کے بعد 60 دن ہیں

اگر آپ منصفانہ سماعت کی درخواست کرتے ہیں، تو ریاست آپ کو ایک نوٹس بھیجے گی جس میں آپ کو سماعت کے وقت اور جگہ سے مطلع کیا جائے گا۔ آپ کو قانونی مشیر، رشتہ دار، دوست یا کسی بھی دوسرے شخص کی نمائندگی حاصل کرنے یا اپنی نمائندگی خود کرنے کا حق حاصل ہے۔ سماعت کے دوران، آپ کو، آپ کے وکیل کو یا کسی اور نمائندے کو تحریری اور زبانی شواہد پیش کرنے کا موقع ملے گا تاکہ آپ ثابت کر سکیں کہ یہ کارروائی کیوں نہیں کی جانی چاہیے تھی اور ساتھ ہی ان افراد سے سوال کرنے کا بھی موقع دیا جائے گا جو اس سماعت میں پیش ہوں گے۔ نیز، آپ کو اپنے حق میں بولنے کے لیے گواہ اپنے ساتھ لانے کا حق حاصل ہے۔ سماعت کے دوران آپ کو اپنے ساتھ ایسی تمام دستاویزات لانی چاہئیں جو آپ کا مؤقف پیش کرنے میں مددگار ثابت ہو سکتی ہوں مثلاً یہ نوٹس، تنخواہ کی پرچیاں، رسیدیں، نگہداشت صحت کے بل، حرارت (بیٹنگ) کے بل، طبی تصدیق، ڈاکٹر کے خطوط وغیرہ۔

قانونی معاونت

اگر آپ کو مفت قانونی مدد کی ضرورت ہو، تو اس طرح کی مدد حاصل کرنے کے لیے آپ اپنی مقامی لیگل ایڈ سوسائٹی یا کسی اور قانونی معاون گروپ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ اپنے سب سے قریب موجود لیگل ایڈ سوسائٹی یا قانونی معاون گروپ تلاش کرنے کے لیے آپ ییلو پیجز میں "Lawyers (وکلاء)" کے نیچے تلاش کر سکتے ہیں یا اس نوٹس کے پہلے صفحے پر دیے گئے نمبر پر بھی کال کر سکتے ہیں۔

آپ کی فائل اور دستاویزات کی نقول تک رسائی

سماعت کی تیاری میں مدد کے لیے، آپ کو اپنے کیس کی فائل دیکھنے کا حق حاصل ہے۔ اگر آپ ہمیں کال کریں یا تحریری درخواست کریں، تو ہم آپ کو آپ کی فائل کی دستاویزات کی وہ نقول مفت فراہم کریں گے جو ہم منصفانہ سماعت پر سماعت کرنے والے افسر کو دیں گے۔ نیز، اگر آپ ہمیں کال کریں یا تحریری درخواست کریں، تو ہم آپ کو آپ کی فائل سے دیگر دستاویزات کی مفت نقول بھی فراہم کر دیں گے جو آپ کے خیال میں آپ کو اپنی منصفانہ سماعت کی تیاری کرنے کے لیے درکار ہو سکتی ہیں۔ اگر آپ ہمیں فون کریں یا تحریری درخواست کریں، تو ہم آپ کو وہ مخصوص پالیسی کا مواد بھی بلا معاوضہ فراہم کر دیں گے جو آپ کے لیے یہ فیصلہ کرنے کے لیے ضروری ہے کہ آیا آپ کو منصفانہ سماعت کی درخواست کرنی چاہیے یا سماعت کی تیاری کیسے کرنی ہے۔ پالیسی کا مواد جو آپ کو دستیاب ہو سکتا ہے، اس میں درج ذیل دستاویزات شامل ہو سکتی ہیں: انتظامی ہدایات، سسٹم کے پیغامات کی عمومی معلومات، معلوماتی خطوط، Medicaid ریفرنس گائیڈ کے کچھ حصے، محکمہ صحت کے Medicaid اپ ڈیٹ نیوز لیٹرز اور مقامی کمشنر کی یادداشتیں۔ مخصوص پالیسی کا مواد اور دستاویزات مانگنے کے لیے یا اپنی فائل دیکھنے کا طریقہ کار جاننے کے لیے، ہمیں اس نوٹس کے سامنے والے حصے میں سب سے اوپر درج شدہ ریکارڈ ایکسیس ٹیلیفون نمبر پر کال کریں یا اس نوٹس کے سامنے والے حصے میں سب سے اوپر دیے گئے پتے پر لکھیں۔ اگر آپ مخصوص پالیسی کے مواد یا اپنی کیس فائل سے دستاویزات کی مفت نقول چاہتے ہوں، تو آپ کو پیشگی درخواست کرنی چاہیے۔ یہ آپ کو سماعت کی تاریخ سے مناسب وقت پہلے فراہم کر دی جائیں گی۔ دستاویزات آپ کو صرف اسی صورت میں بذریعہ ڈاک بھیجی جائیں گی جب آپ خاص طور پر کہیں کہ انہیں ڈاک سے بھیجا جائے۔

معلومات

اگر آپ کو اپنے کیس کے بارے میں مزید معلومات چاہیے ہوں، منصفانہ سماعت کی درخواست کرنے کا طریقہ، اپنی فائل دیکھنے کا طریقہ یا دستاویزات کی اضافی نقول حاصل کرنے کا طریقہ معلوم کرنا ہو، تو آپ ہمیں اس نوٹس کے صفحہ 2 کے اوپر دیے گئے ٹیلیفون نمبرز پر کال کر سکتے ہیں یا اس نوٹس کے صفحہ 2 پر دیے گئے پتے پر ہم سے تحریری رابطہ کر سکتے ہیں۔

نام واضح حروف میں: _____

کلائنٹ کا شناختی نمبر (Client Identification Number, CIN): _____

پتہ: _____

ٹیلیفون نمبر: _____

تاریخ: _____

دستخط: _____