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

নিউ ইয়র্ক স্টেটে 1915(c) শিশুদের ওয়েভার বন্ধ করার সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি (Notice of Decision For Discontinuance in 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) তারিখ থেকে কার্যকর এই সংস্থাটি ________________ (কেয়ার ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি/হেলথ হোমের নাম)

☐ **আপনার 1915(c) শিশুদের ওয়েভারে হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা (Home and Community Based Services, HCBS) তালিকাভুক্তি বাতিল করেছে**

উপরোক্ত কার্যকর তারিখ থেকে আপনার ওয়েভারে তালিকাভুক্তি এবং HCBS-এ প্রবেশাধিকার বন্ধ করা হচ্ছে নিম্নলিখিত কারণবশতঃ:

- ☐ আপনি আর ওয়েভারে তালিকাভুক্তির জন্য প্রয়োজনীয় লক্ষ্য, ঝুঁকি এবং কার্যকরী চাহিদার স্তরের পরিচর্যা (Level of Care, LOC) মানদণ্ড পূরণ করছেন না, কারণ সম্পন্ন HCBS যোগ্যতা নির্ধারণে আপনাকে অযোগ্য (Ineligible) হিসাবে চিহ্নিত করা হয়েছে।
- ☐ আপনি 18 NYCRR § 360 অনুযায়ী নির্ধারিত সময়সীমার মধ্যে যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় নথিপত্র প্রদান করতে ব্যর্থ হয়েছেন, এবং আপনি আর HCBS শিশুদের ওয়েভারের জন্য যোগ্য নন।
- ☐ আপনার বয়স 21 বছর পূর্ণ হয়েছে।
- ☐ 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।
- ☐ আপনি 90 দিনের বেশি সময় ধরে ইনপেশেন্ট (ভর্তি থেকে চিকিৎসা) চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন (যেমন, রেসিডেনশিয়াল ট্রিটমেন্ট ফ্যাসিলিটি, নার্সিং হোম, হাসপাতাল ইত্যাদি)।
- ☐ আপনি বর্তমানে কারাবন্দি আছেন।
- ☐ 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 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:

1. **টেলিফোন:** আপনি স্টেটব্যাপী টোল-ফ্রি নম্বরে কল করতে পারেন: 800-342-3334 (*কল করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি আপনার সঙ্গে রাখুন*); **অথবা**
2. **ফ্যাক্স:** এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি (518) 473-6735 নম্বরে ফ্যাক্স করে পাঠান; **অথবা**
3. **অনলাইনে:** অনলাইন অনুরোধ ফর্মটি পূরণ করুন এবং পাঠান এখানে: http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp; **অথবা**
4. **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।
5. **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
6. **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 শুনানি 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 প্রমাণ 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।

আপনার সুবিধাগুলি অব্যাহত রাখা

যদি আপনি এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত কার্যকর তারিখের আগে একটি ন্যায্য শুনানি অনুরোধ করেন, তাহলে আপনি ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জারি না হওয়া পর্যন্ত অপরিবর্তিতভাবে আপনার সুবিধাগুলি পেতে থাকবেন। তবে, যদি আপনি ন্যায্য শুনানিতে পরাজিত হন, তাহলে আমরা যেকোনো Medicaid সুবিধার খরচ পুনরুদ্ধার করতে পারি যা আপনার প্রাপ্য ছিল না। যদি আপনি এই সম্ভাবনা এড়াতে চান, তাহলে নিচে দেওয়া বক্সটিতে টিক চিহ্ন দিন যাতে আপনি আপনার সাহায্য অব্যাহত রাখতে চান না তা নির্দেশ করে, এবং আপনার শুনানির অনুরোধের সাথে এই পৃষ্ঠাটি পাঠিয়ে দিন। যদি আপনি বক্সটিতে টিক চিহ্ন দেন, তাহলে উপরে বর্ণিত পদক্ষেপটি উপরে উল্লিখিত কার্যকর তারিখে নেওয়া হবে।

☐ আমি সম্মত আছি যে ন্যায্য শুনানির সিদ্ধান্ত জারি হওয়ার আগে, এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিতভাবে আমার Medicaid সুবিধাগুলিতে পদক্ষেপ নেওয়া হবে।

আইনগত সহায়তা

যদি আপনার বিনামূল্যের আইনগত সহায়তা 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:** ________________________