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

न्यूयॉर्क राज्य में समाप्ति के निर्णय का नोटिस 1915(सी) चिल्ड्रन्स वेइवर (Notice of Decision For Discontinuance in New York State 1915(c) Children's Waiver)

नोटिस की तिथि: ____________________ **CIN नंबर:** ____________________

सदस्य (बच्चा/युवा)

नाम: ____________________ **जन्म तिथि** (मम/दिदि/वववव): ____________________

C/0 माता-पिता/अभिभावक/कानूनी तौर पर अधिकृत प्रतिनिधि, यदि कोई है

नाम: ____________________

देखभाल प्रबंधन एजेंसी/हेल्थ होम

नाम: ____________________

पता: ____________________

टेलीफ़ोन नंबर: ____________________

आपको यह सलाह दी जाती है कि ____________________ (तिथि) से प्रभावी इस एजेंसी ____________________ (देखभाल प्रबंधन एजेंसी/हेल्थ होम का नाम) द्वारा

☐ **1915(सी) बच्चों के लिए छूट (1915(c) Children's Waiver) में आपका घर और समुदाय आधारित सेवाएं (Home and Community Based Services, HCBS) नामांकन बंद किया गया**

निम्न कारण(कारणों) से उपरोक्त प्रभावी तिथि से छूट में आपके नामांकन और HCBS तक पहुँच को बंद किया जा रहा है:

☐ आप अब छूट में लक्ष्य, जोखिम और कार्य संबंधी आवश्यकताओं के देखभाल के स्तर (Level of Care, LOC) के मानदंडों को पूरा नहीं करते, जो एक अयोग्य परिणाम को दर्शाने वाले, पूरे किए गए HCBS पात्रता निर्धारण पर आधारित छूट में नामांकन के लिए ज़रूरी हैं।

☐ आप 18 NYCRR § 360 के अनुसार अनिवार्य समय सीमा के भीतर पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक दस्तावेज़ प्रदान करने में विफल रहे, और अब HCBS चिल्ड्रन्स वेइवर के लिए पात्र नहीं हैं।

☐ आप 21 साल के हो गए हैं।

☐ आप किसी अन्य HCBS सिस्टम (जैसे, विकास संबंधी अक्षमताओं वाले लोगों के लिए कार्यालय (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) या प्रबंधित दीर्घकालिक देखभाल (Managed Long-Term Care, MLTC)) से HCBS सेवाएं प्राप्त करते हैं।

☐ आपको 90 दिन से अधिक समय तक कोई इनपेशंट देखभाल प्राप्त हुई है (जैसे, आवासीय उपचार सुविधा, नर्सिंग होम, अस्पताल, आदि)।

☐ आप इस समय जेल में हैं।

☐ अन्य ____________________

यह कदम HCBS चिल्ड्रन्स वेइवर अथॉरिटी (Children's Waiver Authority) NY 4125 तथा 42 CFR 441.302(सी) और सामाजिक सेवा कानून 366(6), 366(7), 366(9), या 366(12) के तहत उठाया जाता है।

हेल्थ होम प्रतिनिधि के हस्ताक्षर: ____________________

यदि आप इस फैसले से सहमत नहीं हैं, तो आप कॉन्फ्रेंस, निष्पक्ष सुनवाई या दोनों का अनुरोध कर सकते हैं।
कृपया इस नोटिस के पीछे पढ़ें और जानें कि कॉन्फ्रेंस और/या निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कैसे करें।

कॉन्फ्रेंस का अधिकार

आप इन कदमों की समीक्षा के लिए कॉन्फ्रेंस कर सकते हैं। यदि आप एक कॉन्फ्रेंस चाहते हैं, तो आपको जल्द से जल्द उसके लिए अनुरोध करना होगा। कॉन्फ्रेंस में, यदि हमें पता चले कि हमने गलत फैसला किया है या यदि, आपके द्वारा दी गई जानकारी के कारण, हम अपने फैसले को बदलने का निश्चय करते हैं, तो सुधारात्मक कार्रवाई करेंगे और आपको नया नोटिस देंगे। आप इस नोटिस के पहले पेज पर दिए गए नंबर पर हमें फ़ोन करके या इस नोटिस के पहले पेज पर ऊपर लिखे पते पर हमें लिखित अनुरोध भेजकर कॉन्फ्रेंस का अनुरोध कर सकते हैं। यह नंबर केवल कॉन्फ्रेंस का अनुरोध करने के लिए इस्तेमाल किया जाता है। **यह निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करने का तरीका नहीं है।** यदि आप कॉन्फ्रेंस का अनुरोध करते हैं तो तब भी आप निष्पक्ष सुनवाई के पात्र हैं। यदि आप चाहते हैं कि आपके लाभ तब तक बिना किसी बदलाव के जारी रहें (सहायता जारी रहे) जब तक कि आपको निष्पक्ष सुनवाई का निर्णय नहीं मिल जाता, तो आपको नीचे बताए गए तरीके से निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करना होगा। निष्पक्ष सुनवाई से जुड़ी जानकारी के लिए नीचे पढ़ें।

निष्पक्ष सुनवाई का अधिकार

यदि आप मानते हैं कि उपरोक्त कार्रवाई गलत है, तो आप निम्न तरीके से राज्य निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकते हैं:

1. **टेलिफ़ोन:** आप राज्य-व्यापी टोल-फ़्री नंबर पर कॉल कर सकते हैं: 800-342-3334 (*कृपया कॉल करते समय यह नोटिस अपने पास रखें*); **या**
2. **फ़ैक्स:** इस नोटिस की एक कॉपी फ़ैक्स नं. (518) 473-6735 पर भेजें; **या**
3. **ऑनलाइन:** यहाँ मौजूद ऑनलाइन अनुरोध फ़ॉर्म भरें और भेजें: http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp; **या**
4. **इन्हें पत्र लिखें:** इस भरे हुए नोटिस की एक कॉपी, Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201 को भेजें। कृपया एक कॉपी अपने पास रखें।
5. **वॉक इन (न्यूयॉर्क शहर):**
   Office of Temporary and Disability Assistance
   Office of Administrative Hearing
   5 Beaver Street,
   New York, New York 10004

   वॉक इन (आल्बनी):
   Office of Temporary and Disability Assistance
   Office of Administrative Hearing
   40 N. Pearl Street
   Albany, New York 12201
6. **बोलने और सुनने में तकलीफ़:** न्यूयॉर्क रिले सर्विस से 711 या 1-800-622-1220 पर संपर्क करें। ऑपरेटर से 877-502-6155 पर कॉल करने का अनुरोध करें। इस नंबर पर सेवा केवल TDD उपकरण का उपयोग करने वाले कॉलर्स को ही प्रदान की जाएगी।

☐ मैं निष्पक्ष सुनवाई चाहता/चाहती हूँ।

एजेंसी की कार्रवाई गलत है क्योंकि ____________________

आपके पास निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करने के लिए इस नोटिस की तिथि के बाद 60 दिनों का समय है

यदि आप निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करते हैं, तो राज्य आपको एक नोटिस भेजकर सुनवाई के समय और स्थान की जानकारी देगा। आपको कानूनी सलाहकार, रिश्तेदार, दोस्त या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा प्रतिनिधित्व किए जाने या स्वयं अपना प्रतिनिधित्व करने का अधिकार है। सुनवाई के दौरान आपको, आपके वकील या अन्य प्रतिनिधि को लिखित और मौखिक साक्ष्य प्रस्तुत करने का अवसर दिया जाएगा, ताकि यह प्रदर्शित किया जा सके कि कार्रवाई क्यों नहीं की जानी चाहिए, साथ ही सुनवाई में उपस्थित होने वाले किसी भी व्यक्ति से प्रश्न करने का अवसर भी दिया जाएगा। इसके अलावा, आपको अपने पक्ष में बोलने के लिए गवाहों को लाने का अधिकार भी है। आपको सुनवाई के समय कोई भी दस्तावेज़, जैसे यह नोटिस, वेतन पर्चियाँ, रसीदें, स्वास्थ्य देखभाल बिल, हीटिंग बिल, चिकित्सा सत्यापन, डॉक्टर के पत्र आदि, साथ लाने चाहिए जो आपके केस मामले को पेश करने में मददगार हो सकते हैं।

आपके लाभ जारी रखना

यदि आप इस नोटिस में बताई गई प्रभावी तिथि से पहले निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करते हैं, तो निष्पक्ष सुनवाई का निर्णय जारी होने तक आपको अपने लाभ अपरिवर्तित मिलते रहेंगे। हालाँकि, यदि आप निष्पक्ष सुनवाई में हार जाते हैं, तो हम उन सभी Medicaid लाभों की लागत वसूल सकते हैं, जो आपको नहीं मिलने चाहिए थे। यदि आप इस संभावना से बचना चाहते हैं, तो नीचे दिए गए बॉक्स में निशान लगाकर बताएं कि आप अपनी सहायता जारी नहीं रखना चाहते, और अपनी सुनवाई के अनुरोध के साथ यह पेज भेजें। यदि आप बॉक्स में निशान लगाते हैं, तो ऊपर सूचीबद्ध तिथि पर ऊपर वर्णित कार्रवाई की जाएगी।

☐ मैं, इस नोटिस में बताए गए तरीके से, निष्पक्ष सुनवाई का निर्णय जारी होने से पहले अपने Medicaid लाभों पर कार्रवाई किए जाने से सहमत हूँ।

कानूनी सहायता

यदि आपको मुफ़्त कानूनी सहायता की ज़रूरत है, तो आप अपनी स्थानीय कानूनी सहायता सोसाइटी या अन्य कानूनी अधिवक्ता समूह से संपर्क करके इस तरह की सहायता प्राप्त कर सकते हैं। आप "Lawyers" (वकील) के तहत येलो पेजेज़ में देखकर या इस नोटिस के पहले पेज पर दिए गए नंबर पर फ़ोन करके नज़दीकी कानूनी सहायता सोसाइटी या अधिवक्ता समूह का पता लगा सकते हैं।

आपकी फ़ाइल और दस्तावेज़ों की कॉपियों तक पहुँच

सुनवाई के लिए तैयार होने में सहायता के लिए आपको अपनी केस फ़ाइल देखने का अधिकार है। यदि आप हमें फ़ोन करेंगे या लिखेंगे, तो हम आपको आपकी फ़ाइल से दस्तावेज़ों की मुफ़्त कॉपियाँ उपलब्ध कराएंगे जो हम निष्पक्ष सुनवाई के दौरान सुनवाई अधिकारी को देंगे। साथ ही, यदि आप हमें फ़ोन करेंगे या लिखेंगे, तो हम आपको आपकी फ़ाइल से अन्य दस्तावेज़ों की मुफ़्त कॉपियाँ उपलब्ध कराएंगे जिनके बारे में आपको लगता है कि अपनी निष्पक्ष सुनवाई की तैयारी करने के लिए आपको जिनकी आवश्यकता हो सकती है। यदि आप हमें फ़ोन करेंगे या लिखेंगे, तो हम आपको विशिष्ट नीतिगत सामग्री भी मुफ़्त उपलब्ध कराएंगे, जो आपके लिए यह फैसला करने के लिए आवश्यक होगी कि आप निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करें या सुनवाई की तैयारी करें। आपके लिए उपलब्ध नीतिगत सामग्री में इस तरह के दस्तावेज़ शामिल हो सकते हैं जैसे: प्रशासनिक निर्देश, सामान्य सूचना प्रणाली के संदेश, सूचना पत्र, Medicaid संदर्भ मार्गदर्शिका के अंश, स्वास्थ्य विभाग Medicaid अपडेट न्यूज़लेटर्स और स्थानीय कमीशनर ज्ञापन। विशिष्ट नीतिगत सामग्री, दस्तावेज़ों का अनुरोध करने या अपनी फ़ाइल को देखने का तरीका जानने के लिए, इस नोटिस के सामने के भाग में ऊपर दिए गए रिकॉर्ड एक्सेस टेलीफ़ोन नंबर पर हमें फ़ोन करें या इस नोटिस के सामने के भाग में ऊपर प्रिंट किए गए पते पर हमें लिखें। यदि आप अपनी केस फ़ाइल में से विशिष्ट नीतिगत सामग्री या दस्तावेज़ों की कॉपियाँ चाहते हैं, तो आपको समय से पहले उनका अनुरोध करना चाहिए। वे सुनवाई की तिथि से पहले उचित समय सीमा के भीतर आपको उपलब्ध करा दिए जाएंगे। आपको डाक द्वारा दस्तावेज़ केवल तभी भेजे जाएंगे जब आप विशेष रूप से अनुरोध करेंगे कि उन्हें डाक द्वारा भेजा जाए।

जानकारी

यदि आप अपने केस और इनके बारे में अधिक जानकारी चाहते हैं कि निष्पक्ष सुनवाई के लिए अनुरोध कैसे करें, अपनी फ़ाइल कैसे देखें, या दस्तावेजों की अतिरिक्त कॉपियाँ कैसे प्राप्त करें, तो इस नोटिस के पेज 2 पर ऊपर दिए गए टेलीफ़ोन नंबरों पर हमें फ़ोन करें या इस नोटिस के पेज 2 पर ऊपर प्रिंट किए गए पते पर हमें लिखें।

प्रिंट किया हुआ नाम: ______________________________

क्लायंट पहचान नंबर (Client Identification Number, CIN): ________________

पता: ____

टेलीफ़ोन नंबर: ________________________

हस्ताक्षर: ______________________________ **तिथि:** ________________