

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 प्रभावकारी _____ यो एजेन्सी _____ सल्लाह दिनका लागि हो
मिति स्याहार व्यवस्थापन एजेन्सी/स्वास्थ्य गृहको नाम

☐ तपाईंको 1915(c) बालबालिकाको छुटमा रहेको घर तथा समुदायमा आधारित सेवा (Home and Community Based Services, HCBS) को नाम दर्ता समाप्त गरिएको छ

तपाईंको छुटमा नाम दर्ता र HCBS मा पहुँच माथि उल्लिखित लागू मितिदेखि समाप्त गरिँदैछ, निम्न कारण(हरू)का आधारमा:

- ☐ तपाईं अब वेभरमा नाम दर्ताका लागि आवश्यक पर्ने स्याहारको स्तर (Level of Care, LOC) अन्तर्गतको लक्ष्य, जोखिम र कार्यात्मक मापदण्डहरूमा खरा नउत्रने हुनुहुन्छ, जुन HCBS योग्यता निर्धारण (Eligibility Determination) पूरा भएपछि आएको अयोग्य नतिजाका आधारमा तय गरिएको हो।
- ☐ तपाईंले 18 NYCRR § 360 अनुसार निर्धारित समयसीमाभित्र आवश्यक पर्ने कागजातहरू उपलब्ध गराउन असफल हुनुभयो, र अब तपाईं HCBS बालबालिकाको वाइभरको लागि योग्य हुनुहुन्न।
- ☐ तपाईं 21 वर्षको हुनुभयो।
- ☐ तपाईंले अर्को HCBS प्रणालीबाट (जस्तै: विकासत्मक 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।
- ☐ तपाईंले 90 दिनभन्दा बढी समयका लागि आवासीय उपचार सेवा प्राप्त गर्नुभएको छ (जस्तै: आवासीय उपचार केन्द्र, नर्सिङ होम, अस्पताल आदि)।
- ☐ तपाईं हाल हिरासतमा हुनुहुन्छ।
- ☐ 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 लगायौं 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 (न्युयार्क 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:** न्युयार्क 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। सुनुवाइमा, तपाईं, तपाईंको वकिल वा अन्य प्रतिनिधिले कार्य किन नलिनु पर्ने हो भन्ने देखाउन लेखित र मौखिक प्रमाणहरू प्रस्तुत गर्ने अवसर पाउनुहुनेछ, साथै सुनुवाइमा 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।

तपाईंका लाभहरू जारी राख्ने

तपाईंले यो सूचनामा उल्लेखित लागू मितिभन्दा अगाडि स्पष्ट श्रवणको अनुरोध गर्नुभयो भने, स्पष्ट श्रवणको निर्णय जारी नभएसम्म तपाईंका लाभहरू यथावत् जारी रहनेछ। तर, तपाईं स्पष्ट श्रवणमा हार्नु भयो भने, तपाईंले नपाउनु पर्ने Medicaid लाभहरूको लागत हामीले फिर्ता लिन सक्नेछौं तपाईं यस्तो सम्भावनाबाट जोगिन चाहनुहुन्छ भने, तलको बाकसमा चिन्ह लगाएर तपाईंले आफ्नो सहायता जारी राख्न नचाहेको जनाउनुहोस्, र यो पृष्ठलाई आफ्नो सुनुवाइ अनुरोधसँगै पठाउनुहोस्। तपाईंले बाकसमा चिन्ह लगाउनुभयो भने, माथि वर्णन गरिएको कार्य माथि उल्लेखित लागू मितिमा कार्यान्वयनमा ल्याइनेछ।

□ म यो सूचनामा वर्णन गरिएको अनुसार स्पष्ट श्रवणको निर्णय जारी हुनु अघि नै मेरो Medicaid लाभहरूमा कार्यवाही गरिन सहमत छु।

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 पर्ने 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: _____