نیو یارک ریاست میں 1915(c) بچوں کی چھوٹ کی معطلی کے فیصلے کا نوٹس (Notice of Decision For Discontinuance in New York State 1915(c) Children's Waiver)

نوٹس کی تاریخ: ____________________ **CIN نمبر:** __________________________

رکن (بچہ/نوجوان)

نام: ____ **تاریخ پیدائش** (mm/dd/yyyy): ________________________

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

نام: ____

کیئر مینجمنٹ ایجنسی/ہیلتھ ہوم

نام: ____

پتہ: ____

ٹیلفون نمبر: ____

آپ کو مطلع کیا جاتا ہے کہ مورخہ __________________________ سے اس ایجنسی نے ____
تاریخ — کیئر مینجمنٹ ایجنسی/ہیلتھ ہوم کا نام

☐ **1915(c) بچوں کی چھوٹ میں آپ کی ہوم اینڈ کمیونٹی بیسڈ سروسز (Home and Community Based Services, HCBS) کا اندراج بند کر دیا ہے**

چھوٹ میں آپ کا اندراج اور HCBS تک رسائی مندرجہ ذیل وجہ (وجوہات) کی بناء پر مندرجہ بالا تاریخِ نفاذ سے بند کر دی گئی ہے:

☐ HCBS کے لیے اہلیت کے تعین کے ایک مکمل کردہ جائزے کی بنیاد پر، جس کا نتیجہ آپ کی نا اہلیت کی صورت میں نکلا، آپ چھوٹ میں اندراج کے لیے درکار ضروری ہدف، خطرہ اور افعالی تقاضوں کے حوالے سے نگہداشت صحت کے درجہ (Level of Care, LOC) کے معیارِ اصول پر مزید پورا نہیں اترتے۔

☐ آپ 18 NYCRR § 360 کے مطابق مقررہ مدت کے اندر اہلیت کا تعین کروانے کے لیے درکار دستاویزات فراہم کرنے میں ناکام رہے اور اب آپ HCBS بچوں کی چھوٹ کے لیے مزید اہل نہیں ہیں۔

☐ آپ کی عمر 21 سال ہو چکی 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 90 دن یا اس سے زیادہ عرصہ کے لیے داخل شدہ مریضوں کی کسی ترتیب (مثلاً اقامتی علاج گاہ، نرسنگ ہوم، ہسپتال وغیرہ) میں رہے ہیں۔

☐ آپ اس وقت قید ہیں۔

☐ دیگر ____

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

ہیلتھ ہوم 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 کاروائیوں 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 (518) 473-6735؛ **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۔
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

   موقع پر جا کر (البانی):
   Office of Temporary and Disability Assistance
   Office of Administrative Hearing
   40 N. Pearl Street
   Albany, New York 12201
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 اُن 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، نگہداشتِ صحت کے بل، حرارت (ہیٹنگ) کے بل، طبی تصدیق، ڈاکٹر کے خطوط وغیرہ۔

آپ کے فوائد کا جاری رہنا

اگر آپ اس نوٹس میں بتائی گئی مؤثر تاریخ سے پہلے منصفانہ سماعت کی درخواست کرتے ہیں، تو آپ کو اپنے فوائد تب تک بغیر تبدیلی کے ملتے رہیں گے جب تک کہ منصفانہ سماعت کا فیصلہ جاری نہیں ہو جاتا۔ تاہم، اگر آپ منصفانہ سماعت میں ہار جاتے ہیں، تو ہم آپ سے Medicaid کے ان تمام فوائد کی قیمت وصول کر سکتے ہیں جو آپ کو نہیں ملنے چاہیے تھے۔ اگر آپ اس امکان سے بچنا چاہتے ہیں، تو نیچے دیے گئے خانے کو نشان زد کریں کہ آپ اپنی امداد جاری نہیں رکھنا چاہتے اور اس صفحہ کو اپنی سماعت کی درخواست کے ساتھ واپس بھیج دیں۔ اگر آپ خانے کو نشان زد کرتے ہیں، تو اوپر بیان کردہ کارروائی مذکورہ مؤثر تاریخ سے عمل میں لائی جائے گی۔

☐ میں متفق ہوں کہ اس نوٹس میں بیان کردہ منصفانہ سماعت کے فیصلے کے اجراء سے پہلے میرے Medicaid فوائد پر کارروائی عمل میں لائی جائے۔

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: ______________________________

دستخط: ______________________________ **تاریخ:** ____________________