নিউইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবার বিভাগ

নার্সিং হোম ট্রানজিশন অ্যান্ড ডাইভার্শন
(Nursing Home Transition and Diversion, NHTD) এর জন্য
হোম এবং কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবা Medicaid ছাড়

সিদ্ধান্তের বিজ্ঞপ্তি

ছাড় পরিষেবা অস্বীকার এবং/অথবা ছাড় প্রদাকারীর অস্বীকৃতি

ছাড় এর অংশগ্রহণকারীর নাম:

ঠিকানা

ক্লায়েন্ট সনাক্তকরণ সংখ্যা
(Client Identification Number, CIN)

বিজ্ঞপ্তির তারিখ

কার্যকর হওয়ার তারিখ

1. নিম্নলিখিত NHTD ছাড় পরিষেবা (গুলি) এর জন্য আপনার অনুরোধ অস্বীকার করা হয়েছে।

অনুরোধকৃত পরিষেবা (গুলি):

আমরা এই পদক্ষেপ নিতে ইচ্ছুক কারণ:

2. নিম্নলিখিত NHTD ছাড় প্রদানকারীর জন্য আপনার অনুরোধ অস্বীকার করা হয়েছে।

অনুরোধকৃত প্রদানকারী:

আমরা এই পদক্ষেপ নিতে ইচ্ছুক কারণ:

যে আইন আমাদের এটি করার অনুমতি দেয় সেগুলি হল: সামাজিক সুরক্ষা আইনের ধারা 1915(c) এবং সামাজিক পরিষেবা আইনের ধারা 366 (6-a)।

আপনি যদি এই সিদ্ধান্তের সাথে একমত না হন, তাহলে আপনি একটি কনফারেন্স, ন্যায্য শুনানি বা উভয়ের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। আপনি কিভাবে একটি কনফারেন্স এবং/অথবা ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করবেন তা জানতে অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তির বাকী অংশটি পড়ুন।

আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞ (Regional Resource Development Specialist) (ছাপানো)

আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞ (Regional Resource Development Specialist) (স্বাক্ষর)

আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন কেন্দ্রের নাম (Name of Regional Resource Development Center, RRDC)

ঠিকানা

টেলিফোন

cc: আইনি অভিভাবক
অনুমোদিত প্রতিনিধি পরিষেবা সমন্বয়কারী
NYS DOH NHTD ছাড়ের কর্মসূচি

কনফারেন্সের অধিকার: এইসব পদক্ষেপ পর্যালোচনা করার জন্য আপনার আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞ (Regional Resource Development Specialist, RRDS) এর সাথে একটা কনফারেন্সের ব্যবস্থা হতে পারে। আপনি একটি কনফারেন্স চাইলে যত দ্রুত সম্ভব আপনাকে তার জন্য আবেদন করতে হবে। কনফারেন্সে, RRDS যদি জানতে পারে যে ভুল সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়েছে, অথবা যদি, আপনার দেওয়া তথ্যের কারণে, BRDS সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করে, তাহলে, সংশোধনমূলক ব্যবস্থা নেওয়া হবে। আপনি সিদ্ধান্তের একটি বিজ্ঞপ্তি পাবেন। আপনি এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতায় থাকা নম্বরে RRDS কে ফোন করে বা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার ওপরে দেওয়া তালিকাবদ্ধ ঠিকানায় লিখিত অনুরোধ জানিয়ে কনফারেন্সের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করার উপায় এটি নয়। আপনি কনফারেন্স করতে চাইলেও, আপনার ন্যায্য শুনানি চাওয়ার অধিকার থাকবে। ন্যায্য শুনানির তথ্যের জন্য নিচের অংশ পড়ুন।

ন্যায্য শুনানির অধিকার: যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে উপরের পদক্ষেপ ভুল, তাহলে আপনি স্টেটের ন্যায্য শুনানির জন্য অনুরোধ করতে পারেন:

1. **টেলিফোন:** আপনি স্টেট জুড়ে টোল ফ্রি নম্বর 1-800-342-3334 এ ফোন করতে পারেন: (ফোন করার সময় অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তিটি সঙ্গে রাখুন) অথবা
2. **ফ্যাক্স:** ফ্যাক্স নম্বর (518) 473-6735 তে এই বিজ্ঞপ্তির সম্পূর্ণ করা একটি অনুলিপি পাঠান; **অথবা**
3. **অন-লাইন:** পূরণ করুন এবং অনলাইনে অনুরোধ ফর্মটি https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp এ পাঠিয়ে দিন বা আপনি যদি ফোন, ফ্যাক্স, বা অন-লাইনে সাময়িক এবং অক্ষমতা সহায়তার নিউইয়র্ক স্টেট অফিসে পৌঁছাতে না পারেন, অনুগ্রহ করে এই বিজ্ঞপ্তির তারিখের 60 দিনের আগে ন্যায্য শুনানির জন্য লিখুন।
4. **ডাক ঠিকানা:** এই বিজ্ঞপ্তির সম্পূর্ণ করা অনুলিপিটি এই ঠিকানায় পাঠান: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201। অনুগ্রহ করে আপনার কাছে একটি অনুলিপি রেখে দিন।
5. **কেবলমাত্র নিউইয়র্ক শহরে:** আপনি সাময়িক এবং অক্ষমতা সহায়তা অফিসের প্রশাসনিক শুনানি অফিসে আসতে পারেন, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York or 330 West 34th Street, 3rd. Floor, NY, NY. আপনার সাথে এই বিজ্ঞপ্তির একটি অনুলিপি নিয়ে আসুন।

এই বিজ্ঞপ্তিতে দেওয়া তারিখ থেকে 60 দিনের মধ্যে আপনি একটি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করতে পারেন।

যদি আপনি ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেন, তাহলে স্টেট আপনাকে শুনানির সময় ও স্থান জানিয়ে আপনাকে একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠাবে। আপনার হয়ে কোনো আইনি প্রতিনিধি, আত্মীয়, একজন বন্ধু বা অন্যান্য ব্যক্তিকে আপনার প্রতিনিধি হিসেবে পাঠানো বা নিজেই নিজের প্রতিনিধিত্ব করার অধিকার আপনার আছে। শুনানিতে, কেন পদক্ষেপ নেওয়া উচিত হবে না তা দেখানোর জন্য লিখিত বা মৌখিক প্রমাণ উপস্থাপনের সুযোগ আপনার আইনজীবি বা অন্য প্রতিনিধির থাকবে, এর পাশাপশি শুনানিতে উপস্থিত যেকোনো ব্যক্তিকে প্রশ্ন করার সুযোগও থাকবে। এছাড়াও, আপনার হয়ে বলার জন্য সাক্ষী আনার অধিকার আপনার রয়েছে। এই বিজ্ঞপ্তি, বেতনের রসিদ, রসিদ, চিকিৎসা সংক্রান্ত বিল, হিটিং বিল, চিকিৎসা যাচাইকরণ, চিঠি ইত্যাদির মতো যে কোনও নথি আপনার শুনানিতে নিয়ে আসা উচিত যা আপনার কেস উপস্থাপনে সহায়তা করতে পারে।

☐ **আমি একটি ন্যায্য শুনানি চাই।** সিদ্ধান্তটি ভুল কারণ:

____

____

আইনি সহায়তা: আপনার বিনামূল্যের আইনি সহায়তার প্রয়োজন হলে, আপনি স্থানীয় আইনি সহায়ক সমিতি (Legal Aid Society) বা অন্যান্য আইনি আইনজীবী গোষ্ঠীর সঙ্গে যোগাযোগ করে সেই সহায়তা পেতে পারেন। আপনি আপনার ইয়েলো পেজেস (Yellow Pages) এর মধ্যে থাকা "উকিল (Lawyers)" এর তালিকা দেখে নিকটবর্তী আইনি সহায়ক সমিতি (Legal Aid Society) বা আইনজীবী গোষ্ঠীর খোঁজ পেতে পারেন।

আপনার ফাইল ও নথিপত্রের প্রতিলিপিতে প্রবেশাধিকার: শুনানির জন্য নিজেকে তৈরি করতে, আপনার ফাইল দেখার অধিকার আপনার আছে। আপনি RRDS ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, ন্যায্য শুনানিতে আমরা শুনানি অফিসারকে আপনার যেসব ফাইলগুলি দেবো সেখান থেকে নথিগুলির প্রতিলিপি বিনামূল্যে আপনাকে পাঠাব। এছাড়াও, আপনি RRDS ফোন করলে বা চিঠি পাঠালে, তারা আপনাকে আপনার ফাইল থেকে অন্যান্য নথির প্রতিলিপি বিনামূল্যে পাঠাবে যা ন্যায্য শুনানিতে প্রস্তুত হওয়ার জন্য আপনার প্রয়োজন হতে পারে বলে আপনার মনে হয়। নথিগুলি চাইতে বা আপনার ফাইল কিভাবে দেখা যেতে পারে তা সম্পর্কে জানতে এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে তালিকাভুক্ত টেলিফোন নম্বরে RRDS কে ফোন করুন অথবা এই বিজ্ঞপ্তির প্রথম পাতার উপরে মুদ্রিত ঠিকানায় RRDS কে চিঠি পাঠান। আপনি যদি আপনার ফাইল থেকে নথিপত্রের প্রতিলিপি চান, ন্যায্য শুনানির তারিখের আগে যথাসময়ে আপনাকে তাদের বলতে হবে। আপনি নির্দিষ্ট করে ডাকযোগে পাঠানোর অনুরোধ করলে, নথিপত্রগুলি আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

তথ্য: আপনার ফাইল, কিভাবে ন্যায্য শুনানি চাইতে হবে, কিভাবে আপনার ফাইল দেখতে হবে, অথবা কিভাবে আপনার নথিপত্রের অতিরিক্ত প্রতিলিপি পাবেন সেই সম্পর্কে আরও তথ্য জানতে চাইলে, অনুগ্রহ করে এই নোটিশের প্রথম পৃষ্ঠায় তালিকাভুক্ত টেলিফোন নম্বর এবং ঠিকানায় RRDS কে ফোন করুন বা লিখুন।

____
পদক্ষেপের তারিখ যেদিন আপনার ছাড় অস্বীকার করা হয়েছিল

____
আপনার নাম (ছাপানো)

____
আপনার স্বাক্ষর

____
ঠিকানা

____
টেলিফোন

____
ক্লায়েন্ট সনাক্তকরণ সংখ্যা (Client Identification Number, CIN)

____
তারিখ