নিউইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলখ (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH) দীর্ঘমেয়াদী যত্ন বিভাগ

প্রদানকারীর অনুরোধ পরিবর্তন করা

হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবাদি Medicaid ছাড় নার্সিং হোম ট্রানজিশন অ্যান্ড ডাইভার্শন (Nursing Home Transition and Diversion, NHTD) এবং ট্রমাটিক ব্রেইন ইনজুরি (Traumatic Brain Injury,TBI)

		একটিতে টিক দিন: 🔲 NHTD 🔃 TBI
আমি, (অংশগ্রহণকারীর নাম)	(CIN)	ছাড পরিষেবা প্রদানকারী এজেন্সি
	্লো। এই পরিষেবা দেওয়ার ক্ষেত্রে নিম্নলিথিত পরিবর্তন করার অনুরোধ কর	
আমাকে জানানো হয়েছে আমার এই বর্তমান ছাড় একটি নতুন এজেন্সি নির্বাচন করার অধিকার অ	্য পরিষেবা প্রদানকারী এজেন্সির সাথে থাকার বা এই পরিষেবার জন্য স ছে।	নমস্ত উপলভ্য ছাড় পরিষেবা প্রদানকারীর ভালিকা থেকে
ছাড়ের পরিষেবা	বর্তমান প্রদানকারী এজেন্সির নাম বা প্রদানকারী এজেন্সি কর্মীর নাম এবং টেলিফোন	অনুবোধ করা প্রদানকারী এজেন্সির নাম বা প্রদানকারী এজেন্সির কর্মীর নাম এবং টেলিফোন
অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর		তারিখ
	আইনি অভিভাবকের শ্বাক্ষর (প্রযোজ্য হলে)	
	াই এই অলু <u>রোধের বর্তমা</u> ল এবং অলুরোধকৃত প্রদালক	
বর্তমান পরিষেবা সমন্বয়কারীর স্বাক্ষর		ভারিখ
এজেন্সির নাম		
ট্রানজিশন৴স্থানান্তর মিটিং অনুষ্ঠিত হবে (মাস/দিন/ব¤	হর): (ভ AM/PM	
অনুরোধকৃত প্রদানকারীর দ্বারা সম্পূ	ূর্ণ করতে হবে:	
	will pr	ovide service(s) to the above named participant
Provider/Provider Agency	will no	t provide service(s) to the above named participant
Reason:		
Provider Contact Signature/Title		Date
আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞকে	সম্পূর্ণ করতে হবে:	
This request for change in waiver Provide Approved, services to begin effect	er and/or waiver Provider Agency has been reviewed and:	
Denied (explanation)		
Regional Resource Development Speciali	ist Signature	Date
cc: অংশগ্রহণকারী আইনি অভিভাবক (প্রযোজ্য হলে) বর্তমান ছাড় পরিষেবা প্রদানকারী নতুন ছাড় পরিষেবা প্রদানকারী সমস্ত বর্তমান সমন্বয়কারী এজেন্সি		