

প্রদানকারীর নাম ও ঠিকানা

পরিষেবাসমূহের জন্য আবেদনকারী ব্যক্তিদের জন্য দায়বদ্ধতার বিজ্ঞপ্তি

অনুরোধ করা পরিষেবাসমূহ: _____ তারিখ: _____
(পরিষেবা প্রাপকের নাম)

অনুরোধ করা পরিষেবাসমূহের জন্য ফি: \$ _____ প্রতি _____

আপনি এই বিজ্ঞপ্তিটি পেয়েছেন কারণ নিম্নলিখিত বিবৃতিগুলির কোনও একটি সত্য: (1) আপনি উপরে উল্লেখিত নামের ব্যক্তি এবং আপনি নিজের জন্য পরিষেবা পাওয়ার অনুরোধ করেছেন, (2) উপরে উল্লেখিত নামের ব্যক্তির দ্বারা ব্যবহৃত পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করার দায়িত্ব আপনার অথবা (3) উপরি উল্লেখিত নামের ব্যক্তির অর্থনৈতিক বিষয় ব্যবস্থাপনার দায়িত্ব আপনার।

নিচে তালিকাভুক্ত পরিষেবাগুলি বিকাশ সম্পর্কিত অক্ষমতায় আক্রান্ত মানুষদের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস (OPWDD) তত্ত্বাবধান করে। নিচে যে পরিষেবাগুলিতে টিক দেওয়া আছে সেগুলির জন্য উপরে উল্লেখিত নামের ব্যক্তি বা তার হয়ে অন্য কেউ অনুরোধ করেছেন।

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> একটি স্বতন্ত্র আবাসিক বিকল্পে (IRA)
আবাসিক আবাসন বা কমিউনিটি আবাসন
অথবা পরিবার পরিচর্যা হোম | <input type="checkbox"/> দিবাগত চিকিৎসা |
| <input type="checkbox"/> মেধাগত অক্ষমতা আছে এমন
ব্যক্তিদের (ICF/IID) জন্য অন্তর্ভুক্তি
পরিচর্যা সুবিধা পরিষেবাসমূহ | <input type="checkbox"/> পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা |
| <input type="checkbox"/> দিবাগত আবাসন | <input type="checkbox"/> কমিউনিটি আবাসন |
| | <input type="checkbox"/> প্রচলিত পরিষেবাসমূহ |
| | <input type="checkbox"/> অবকাশ |
| | <input type="checkbox"/> সহায়ক কর্মসংস্থান পরিষেবাসমূহ
(SEMP) |

এমন ব্যক্তি যিনি এই পরিষেবাগুলি পাচ্ছেন তাকে অবশ্যই এই পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করতে হবে অথবা তার Medicaid কভারেজ থাকতে হবে যা পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করবে।

তথ্য প্রদান করা

পরিষেবাগুলি শুরু হওয়ার আগে, আমাদেরকে অবশ্যই এটি নির্ধারণ করতে হবে যে পরিষেবাগুলির খরচ বহন করার দায়িত্ব কার হবে। এটি Medicaid বা অন্য কোনও অর্থপ্রদানকারী হতে পারে, যেমন ব্যক্তি নিজে বা ব্যক্তির আইনি অভিভাবক। এটি নির্ধারণ করার জন্য আমাদের যে তথ্যগুলি প্রয়োজন তা আপনাকে প্রদান করতে হবে। আপনি যদি এই পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করার প্রস্তাব দেন তাহলেও আমাদেরকে এটি অবশ্যই নির্ধারণ করতে হবে। এই পরিষেবাগুলির খরচ বহন করার জন্য যদি Medicaid দায়বদ্ধ না হয়, তাহলে পরিষেবাগুলির খরচ বহন করার জন্য অন্য কোনও অর্থপ্রদানকারী দায়বদ্ধ কিনা এবং সেই অর্থপ্রদানকারী এই খরচ বহন করতে পারবেন কিনা তা আমরা নির্ধারণ করব।

বিকাশ সম্পর্কিত অক্ষমতায় আক্রান্ত মানুষদের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট

ফর্ম OPWDD LIAB 05 (7/2020)

ব্যক্তির কাছে যদি ইতিমধ্যেই Medicaid কভারেজ থাকে, তাহলে আপনাকে অবশ্যই আমাদেরকে ব্যক্তির Medicaid-এর গ্রাহক শনাক্তকরণ নম্বর সহ কভারেজের প্রমাণ দিতে হবে। ব্যক্তিটিকে ভবিষ্যতেও Medicaid কভারেজ বজায় রাখতে হবে। ব্যক্তির কভারেজ যদি না থাকে, তাহলে আপনাকে সেই বিষয়টি আমাদেরকে জানাতে হবে।

ব্যক্তির যদি ইতিমধ্যেই Medicaid কভারেজ না থাকে:

কোনও অর্থপ্রদানকারী না থাকলে **এই পরিষেবাগুলির জন্য** আপনাকেই পেমেন্ট করতে হবে। ব্যক্তির অর্থের দায়িত্ব যদি আপনার উপর থাকে, তাহলে পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করতে আপনাকে কেবলমাত্র ব্যক্তির অর্থ ব্যবহার করতে হবে।

অথবা

পরিষেবাগুলির জন্য যদি অন্য কোনও অর্থপ্রদানকারী না থাকে তাহলে **আপনাকে অবশ্যই Medicaid-এর** জন্য আবেদন করতে হবে। Medicaid-এর জন্য আবেদন করার সময় Medicaid কভারেজের জন্য যোগ হতে এবং বজায় রাখতে আপনাকে সমস্ত আইনি পদক্ষেপগুলি অবশ্যই নিতে হবে। Medicaid-এর জন্য আবেদন করার প্রক্রিয়ার বিষয়ে আমরা আপনাকে সহায়তা করতে পারি বা আপনি আমাদের যে তথ্য দিয়েছেন তা ভিত্তিতে আমরা আপনার হয়ে আবেদন করতে পারি।

পরিষেবা চলাকালীন, আপনাকে অবশ্যই নিম্নলিখিত বিষয়গুলি আমাদেরকে জানাতে হবে:

- ব্যক্তির Medicaid কভারেজ হারানোর বিষয়ে আপনি Medicaid ডিস্ট্রিক্টের থেকে বিজ্ঞপ্তি পেয়েছেন। এই বিজ্ঞপ্তি পাওয়ার পাঁচ দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই এই বিজ্ঞপ্তির বিষয়ে আমাদেরকে জানাতে হবে।
- ব্যক্তির Medicaid কভারেজে কোনও পরিবর্তন হয়েছে।
- এমন কোনও পরিবর্তন ঘটেছে যা ব্যক্তির Medicaid কভারেজকে প্রভাবিত করতে পারে যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হল কিন্তু সীমিত নয় উপার্জন, সঞ্চয় বা অন্যান্য সংস্থান, জীবনযাপনের অবস্থা বা অভিবাসন স্থিতির পরিবর্তন।
- আপনি আর পরিষেবাগুলির খরচ বহন করতে পারবেন না, আপনি মনে করেন যে পরিষেবাগুলির খরচ বহন করার জন্য আপনি আর দায়বদ্ধ নন বা আপনি মনে করেন অন্য কোনও অর্থপ্রদানকারী পরিষেবাগুলির খরচ বহন করার জন্য দায়বদ্ধ।

আপনাকে অবশ্যই আপনার তথ্যের গোপনীয়তা সুরক্ষিত রাখতে হবে। আমরা কেবলমাত্র সেই ব্যক্তিদেরকেই আপনার তথ্যের অ্যাক্সেস প্রদান করব যাদের নিজেদের কাজ করার জন্য এটির প্রয়োজন। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হল নিউ ইয়র্ক স্টেটের কর্মীগণ এবং অন্যান্য এজেন্সির কর্মীগণ Medicaid, সম্পূরক নিরাপত্তা উপার্জন, মেডিকেশ্যার, সামাজিক সুরক্ষা এবং সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা কার্যক্রম (SNAP) সুবিধাগুলির জন্য আবেদন করার জন্য যেমন প্রয়োজন হবে।

ব্যক্তি যদি বাড়ি এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবাসমূহ (HCBS)-এর জন্য আবেদন করেন, তাহলে সেই ব্যক্তিকে HCBS ছাড়ে নথিভুক্ত করার জন্য আপনাকে অবশ্যই প্রয়োজনীয় পদক্ষেপগুলি নিতে হবে। যে পরিষেবাগুলি HCBS ছাড়যুক্ত পরিষেবা নয় সেগুলি হল ICF/IID, দিবাগত চিকিৎসা এবং/অথবা পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা। ব্যক্তি যদি HCBS ছাড়ে নথিভুক্ত না থাকেন তাহলে HCBS ছাড়যুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য Medicaid পেমেন্ট করবে না।

এই বিজ্ঞপ্তির সামনের অংশে বা এই বিজ্ঞপ্তির সাথে সংযুক্ত থাকা কোনও পৃষ্ঠায় প্রদর্শিত হওয়া অনুরোধ করা

পরিষেবাগুলির জন্য **সম্পূর্ণ ফি**। আমরা যদি ফি কমিয়ে দিই, তাহলে আপনাকে কমিয়ে দেওয়া ফি দিতে হবে। আমরা যদি ফি কমিয়ে দিই এবং পরে আমরা যদি মনে করি যে আপনি সম্পূর্ণ ফি দিতে সক্ষম, তাহলে আপনাকে সম্পূর্ণ ফি দিতে হবে। ফি কমানোর বিষয়ে কোনও পরিবর্তন হলে আমরা 30 দিনের মধ্যে আপনাকে লিখিত বিজ্ঞপ্তি দেব। যদি নিম্নলিখিত পরিস্থিতির সৃষ্টি হয় তাহলেও আপনি আপনার দ্বারা ব্যবহৃত পরিষেবাগুলির জন্য দায়বদ্ধ থাকবেন: আপনি যে পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করতে দায়বদ্ধ সেগুলির জন্য যদি পেমেন্ট করতে ব্যর্থ হন এবং স্টেট যদি সেই পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করে থাকে তাহলেও, আপনি যদি পেমেন্ট নাও করেন বা বকেয়া পরিষেবাগুলি বন্ধ করার জন্য আইনি প্রক্রিয়া গ্রহণ করেন তাহলেও আইন মোতাবেক আমাদেরকে পরিষেবা দেওয়া জারি রাখতে হবে। আপনি তাও ফি দেওয়ার জন্য দায়বদ্ধ এবং এই পরিস্থিতিতেও আমরা আপনাকে পরিষেবাগুলির জন্য বিল পাঠাব।

আপনি যদি পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করেন **তাহলেও আমরা আপনাকে বিল পাঠাব**। পরিষেবা গ্রহণ করার পরের মাসের 30 তারিখে আমরা আপনাকে একটি মাসিক বিল পাঠাব। যেমন, আপনি এপ্রিল মাসে যে পরিষেবাগুলি গ্রহণ করেছেন তার জন্য আমরা মে মাসের 30 তারিখে আপনাকে বিল পাঠাব। আপনি যদি এই বিলের জন্য পেমেন্ট না করেন, তাহলে আমরা আপনার থেকে বিলের অর্থ সংগ্রহ করার চেষ্টা করব। আমরা পরিষেবার ক্ষেত্রে হস্তক্ষেপ করতে পারি না বা আপনার বিলের জন্য আপনাকে বা অন্য কোনও ব্যক্তিকে হয়রান করতে বা হুমকি দিতে পারি না। আপনি যদি তাও বিলের অর্থ না মেটান এবং OPWDD যদি সম্মত হয়, তাহলে আমরা আমাদের পেমেন্ট সংক্রান্ত দাবির ব্যাপারে নিউ ইয়র্ক স্টেটকে জানাব।

আমরা পরিষেবা দেওয়া প্রত্যাখ্যান বা বন্ধ করতে পারি। নিম্নলিখিত সবকটি যদি সত্য হয় তাহলে আমরা আপনার পরিষেবা পাওয়ার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারি: পরিষেবাগুলির জন্য Medicaid পেমেন্ট করবে না এবং অন্য কোনও অর্থপ্রদানকারী পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করবেন সেই ব্যাপারে আমরা আশ্বস্ত নই। আমরা যদি পরিষেবাগুলি চালু করি, কিছু ক্ষেত্রে আমরা সেই পরিষেবাগুলি বন্ধ করতেও পারি এমনকি অর্থপ্রদানকারী যদি পরিষেবাগুলির জন্য পেমেন্ট করা বন্ধ করে দেয় তাহলেও। আমরা যদি পেমেন্ট না করার জন্য পরিষেবাগুলি বন্ধ করে দিই, তাহলেও পরিষেবাগুলি বন্ধ করার জন্য আমাদেরকে সাধারণ নিয়মগুলি মেনে চলতে হবে। আইন যদি আমাদের পরিষেবা বন্ধ করতে নিষেধ করে তাহলে আমরা পরিষেবাগুলি প্রদান করা প্রত্যাখ্যান বা বন্ধ করতে পারি না।

সীমিত ব্যতিক্রম

কোনও ব্যক্তি যদি অবকাশ সংক্রান্ত পরিষেবা পান বা কোনও ব্যক্তি যদি কেবলমাত্র 1 জুলাই, 2015 তারিখের আগে সহায়ক কর্মসংস্থান পরিষেবাসমূহ পেয়ে থাকেন এবং শুধুমাত্র সহায়ক কর্মসংস্থান পরিষেবাসমূহ পাওয়া জারি রাখেন, তাহলে সেই ব্যক্তি পেমেন্টের দায়বদ্ধতার ক্ষেত্রে সীমিত ব্যতিক্রমের সুবিধা পেতে পারেন। এর অর্থ হল যে, পরিষেবার জন্য বিল পাওয়া ছাড়া এবং Medicaid এবং HCBS ছাড়ের জন্য আবেদন করা ছাড়াই কোনও ব্যক্তি অবকাশ সংক্রান্ত পরিষেবাসমূহ বা সহায়ক কর্মসংস্থান (দুটো একসাথে নয়) পাওয়া জারি রাখতে পারেন। সীমিত ব্যতিক্রম সম্বন্ধে আরও জানতে, আপনি এই প্রকাশনাগুলি পাওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারেন: "অবকাশের জন্য সীমিত ব্যতিক্রম সংক্রান্ত তথ্য" এবং "গ্র্যান্ডফাদার্ডের জন্য যোগ্যতা অর্জনকারী ব্যক্তির জন্য সহায়ক কর্মসংস্থানের ক্ষেত্রে সীমিত ব্যতিক্রম সংক্রান্ত তথ্য"।