

GUIDE TO COMPLETE YOUR MEDICAID RENEWAL FORMS

আপনার MEDICAID পুনর্নবীকরণ ফর্মগুলি পূরণ করার নির্দেশিকা

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

Medical Assistance Program/OMR

ASSISTANCE WITH YOUR MEDICAID RENEWAL / FREE INTERPRETATION SERVICES

This booklet will help you complete your Renewal. We have included an English and a translated version. Return **only** one. For help with your Renewal, call the HRA Medicaid Helpline at 1-888-692-6116 or contact one of the Managed Care Plans listed on Page 4 of this booklet. Hearing impaired consumers may call 711 or 1-718-636-7783 with a Text Telephone (TTY) device (not a standard phone).

Free interpretation services are available over the phone or in any Medicaid office.

আপনার MEDICAID পুনর্নবীকরণ / বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবায় সহায়তা

এই বুকলেটটি আপনাকে আপনার পুনর্নবীকরণ সম্পূর্ণ করতে সহায়তা করবে। আমরা একটি ইংরেজি ও একটি অনুবাদ করা সংস্করণ সংযুক্ত করেছি। **কেবলমাত্র** একটি সম্পূর্ণ করে ফেরত পাঠান। পুনর্নবীকরণে সহায়তার জন্য 1-888-692-6116 নম্বরে মানব সম্পদ প্রশাসন Medicaid হেল্পলাইন নম্বরে ফোন করুন বা এই বুকলেটটির 4র্থ পৃষ্ঠায় তালিকাভুক্ত পরিচালিত পরিচর্যা পরিকল্পনাগুলির যে কোন একটির সাথে যোগাযোগ করুন। শ্রবণ প্রতিবন্ধী গ্রাহকগণ 711 বা 1-718-636-7783 নম্বরে একটি টেক্সট টেলিফোন (Text Telephone, TTY) ডিভাইসের (একটি স্ট্যান্ডার্ড ফোন নয়) মাধ্যমে ফোন করতে পারেন।

ফোনের মাধ্যমে বা যে কোন Medicaid অফিসে বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা উপলব্ধ।

Remainder of page left blank intentionally

পৃষ্ঠার বাকি অংশগুলি ইচ্ছাকৃতভাবে খালি রাখা হয়েছে

MAIL RENEWAL CHANGES

You may continue to call the HRA Medicaid Helpline at 1-888-692-6116 if you have any questions about your Renewal Form. You can also contact one of the Managed Care Plans listed on Page 4 of the enclosed Guide to Complete your Medicaid Renewal Forms for assistance.

This is the **only Renewal** Application that will be automatically sent to you. Please keep it in a safe place until you are ready to return it to us. **We must receive your reply through the mail by the date printed on Page 1 of the Application, or your coverage may end.**

You can still pre-screen for additional benefits at the Access NYC site. It can be accessed by going to <http://www1.nyc.gov> and selecting Social Services from the menu located at the bottom of the page. The site is safe, secure and easy to use.

Note:

- You do not need to send proof of US citizenship at this time. You also do not need to send proof of income unless the Renewal Form instructs you to do so.
 - If you would like, you may send either or both now to help ensure that we have your most accurate information.
 - If you decide not to send proof now, we may write you to request that you do so at a later date. The “Documentation Guide” on Pages 5 and 6 of this booklet show you the types of proofs that we accept.
- If you tell us that you are a US citizen, we will attempt to verify citizenship using a computer match. If we are unable to do so, we will write to you to let you know that and request that you send us proof.
- We will also attempt to verify your income using a computer match. If the match results are different than your self-reported information, the match results may be used when determining your eligibility.
 - If you decide not to send proof now, we may write you to request that you do so at a later date. The “Documentation Guide” on Pages 5 and 6 of this booklet show you the types of proofs that we accept.
- If you recently moved from New York City to another county within New York State, but have not yet had a public health insurance case opened where you now live, you should complete and return this Renewal Form to us. We will assist you in transferring your coverage.

পুনর্নবীকরণের পরিবর্তন ডাকযোগে পাঠান

আপনার পুনর্নবীকরণের ফর্মটি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনি 1-888-692-6116 নম্বরে HRA Medicaid হেল্পলাইনে ফোন করতে পারেন। আপনার MEDICAID পুনর্নবীকরণের ফর্মগুলি পূরণ করতে সহায়তার জন্য সংযুক্ত নির্দেশিকার 4র্থ পৃষ্ঠায় তালিকাভুক্ত পরিচালিত পরিচর্যা পরিকল্পনাগুলির যে কোন একটির সাথেও আপনি যোগাযোগ করতে পারেন।

এটি হল **একমাত্র পুনর্নবীকরণের** আবেদন যা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আপনাকে পাঠানো হবে। আমাদের কাছে ফেরত পাঠানোর আগে পর্যন্ত অনুগ্রহ করে এটিকে একটি নিরাপদ স্থানে রাখুন। **আবেদনপত্রের 1ম পৃষ্ঠায় প্রিন্ট করা তারিখের আগে ডাকযোগে আপনার উত্তর অবশ্যই আমাদের কাছে পৌঁছাতে হবে, নতুবা আপনার কভারেজ বন্ধ করে দেওয়া হতে পারে।**

অতিরিক্ত সুবিধাগুলির জন্য আপনি ACCESS NYC সাইটেও প্রি-স্ক্রিন করতে পারবেন। <http://www1.nyc.gov> এ গিয়ে এবং পৃষ্ঠাটির নিচের দিকে থাকা মেনুটির থেকে সামাজিক পরিষেবাসমূহ বেছে নিয়ে এটি অ্যাক্সেস করা যাবে। সাইটটি নিরাপদ, সুরক্ষিত এবং ব্যবহার করা সহজ।

দ্রষ্টব্য:

- আপনাকে এর সাথে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্বের কোনো প্রমাণ পাঠাতে হবে না। সেইসাথে পুনর্নবীকরণ ফর্মে নির্দিষ্ট করে বলা না থাকলে আপনাকে আয়ের কোনো প্রমাণপত্র পাঠাতে হবে না।
 - আমাদের কাছে আপনার সবচেয়ে নির্ভুল তথ্য আছে তা নিশ্চিত করতে সহায়তা করার জন্য আপনি চাইলে এর সাথে আপনার আয়ের প্রমাণপত্রও পাঠাতে পারেন।
 - আয়ের প্রমাণপত্র আপনি এখন না পাঠাতে চাইলে, পরের কোনো সময় সেটি পাঠাবার অনুরোধ জানিয়ে আমরা আপনাকে চিঠি দিতে পারি। এই বুকলেটের 5ম এবং 6ষ্ঠ পৃষ্ঠায় উল্লিখিত "নথির নির্দেশিকা" তে আমরা কি ধরনের প্রমাণপত্র স্বীকার করি তা উল্লেখ করা আছে।
- আপনি যদি বলেন যে আপনি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, তাহলে একটি কম্পিউটার ম্যাচের মাধ্যমে আমরা তা যাচাই করার চেষ্টা করব। আমরা যদি সেটি না করতে পারি, আমরা আপনাকে সেটি চিঠি লিখে জানাবো এবং আপনাকে প্রমাণপত্র পাঠাবার অনুরোধ করব।
- আমরা একটি কম্পিউটার ম্যাচ ব্যবহার করে আপনার আয় যাচাই করারও চেষ্টা করব। যদি কম্পিউটার থেকে প্রাপ্ত ফলাফল আপনার প্রদত্ত তথ্যের সঙ্গে না মেলে তাহলে আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে কম্পিউটার ম্যাচ করা তথ্য ব্যবহার করা হবে।
 - আয়ের প্রমাণপত্র আপনি এখন না পাঠাতে চাইলে, পরের কোনো সময় সেটি পাঠাবার অনুরোধ জানিয়ে আমরা আপনাকে চিঠি দিতে পারি। এই বুকলেটের 5ম এবং 6ষ্ঠ পৃষ্ঠায় উল্লিখিত "নথির নির্দেশিকা" তে আমরা কি ধরনের প্রমাণপত্র স্বীকার করি তা উল্লেখ করা আছে।
- যদি আপনি সম্প্রতি নিউইয়র্ক শহর থেকে নিউইয়র্ক স্টেটের মধ্যে অন্য কোনো প্রদেশে চলে গিয়ে থাকেন, কিন্তু যেখানে থাকেন সেখানে কোনো সরকারি স্বাস্থ্য বীমার কেস খোলা নাই এমন হয় তাহলে আপনাকে পুনর্নবীকরণ ফর্ম পূরণ করে আমাদের কাছে জমা দিতে হবে। আমরা আপনার কভারেজ স্থানান্তরিত করতে সাহায্য করব।

MEDICAID এ অংশগ্রহণকারী পরিচালিত পরিচর্যার পরিকল্পনাসমূহ

MEDICAID PARTICIPATING MANAGED CARE PLANS PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA PARTICIPANTES DE MEDICAID 參與 MEDICAID 的管理式醫療計畫 (MANAGED CARE PLAN) PLAN SWEN KONTWOLE MEDICAID K AP PATISIPE УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ПЛАНЫ КООРДИНИРОВАННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MANAGED CARE MEDICAID 참여 의료 관리 플랜 (Participating Managed Care Plan) MEDICAID خطط الرعاية المدقرا المشاركة التابعة لـ MEDICAID এ অংশগ্রহণকারী পরিচালিত পরিচর্যার পরিকল্পনাসমূহ RÉGIMES DE SOINS GÉRÉS PARTICIPANT À MEDICAID PLANY UCZESTNICZĄCE W OPIECE ZARZĄDZANEJ MEDICAID MEDICAID میں شرکت کرنے والے منضبط نگہداشت کے منصوبے 参与 MEDICAID 的管理式护理计划	TELEPHONE NUMBER NUMERO TELEFONO 電話號碼 NIMEWO TELEFÒN НОМЕР ТЕЛЕФОНА 전화번호 رقم الهاتف টেলিফোন নম্বর NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NR TELEFONU تیلیفون نمبر 电话号码	CURRENT SERVICE AREA Area Actual de Servicio 目前服務地區 Zòn Sèvis Aktyèl Район обслуживания 현재 서비스 지역 منطقة الخدمة الحالية বর্তমান পরিষেবা ক্ষেত্র ZONE DE SERVICE ACTUELLE OBEČNY REGION USŁUG خدمت کا موجودہ علاقہ 当前服务地区				
	Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island	
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH (formerly GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY- GHI/HIP)	800-447-8255	●	●	●	●	●
HEALTHFIRST PHSP, INC.	866-463-6743	●	●	●	●	●
HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY	800-950-7679	●	●	●	●	●
METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)	800-303-9626	●	●	●	●	
NY STATE CATHOLIC HEALTHPLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (formerly AMERICHoice BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

MEDICAID RENEWAL SITE	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116
-----------------------	---	--------------

DOCUMENTATION GUIDE TO CONTINUE YOUR HEALTH CARE COVERAGE

Here is a list of proofs the Medical Assistance Programs accepts. Please use this guide with the Instructions on the cover of the Renewal Notification Booklet to determine what documents you may need to provide in order to continue health care coverage.

INCOME:

Wages and Salary/Employment

- Current paycheck/stub(s) or payroll records
- Detailed written statement from employer
- W-2 (MBI-WPD consumers only)
- Income tax return (MBI-WPD consumers only)

Self Employment

- Signed income tax return
- Records of earnings and expenses

Work Income

- If salary stays the same -----> Copy of last pay stub or letter from employer.
- If salary changes from pay period to pay period -----> Copies pay stubs covering last 4 weeks or letter from employer.
- If any part of your salary/income is paid in cash and your employer will not provide written proof -----> Answer "Yes" to the first question at the bottom of the **INCOME** section of Page 2 of Renewal Booklet
- If self-employed -----> Copy of most recent tax return and letter (signed by you) of current income. If income has changed, explain why.
- If receiving unemployment benefits -----> Send copy of unemployment insurance award letter or internet Printout from the NYS Department of Labor:
<https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

Type of Proof

Unemployment Benefits

- Award Letter/certificate
- Benefit statement or print-out
- Letter from NYS Department of Labor

Social Security

- Award Letter/certificate
- Benefit check
- Letter from Social Security Administration

Private Pensions/Annuities

- Statement from pension/annuity

Child Support/Alimony

- Letter from person providing support or letter from court
- Child support/alimony check stub

Worker's Compensation

- Award Letter
- Check stub

Income from Rent or Room/Board

- Letter from roomer, boarder, tenant
- Check stub

Military Pay

- Award Letter
- Check stub

Veteran's Benefits

- Award Letter
- Benefit check stub
- Letter from Veterans' Administration

Interest/Dividends/Royalties

- Letter from bank or credit union
- Letter from broker
- Letter from agent

CITIZENSHIP (If you are declaring to be a US citizen, you do not need to send proof at this time. If documents are needed, you will receive a letter requesting them.)

- US Passport
- Certificate of U.S. Citizenship
- Certificate of Naturalization
- U. S. Birth Certificate **and one** of the following **identity** proofs: (1) Driver's license with photograph, or other identifying information (2) School identification card with photograph, (3) U.S. military card or draft record, (4) ID card issued by Federal, State or local government with the same information included on a driver's license.

IMMIGRATION STATUS: The following are documents issued by United States Citizenship & Immigration Services (USCIS)

- I-551 Permanent Resident Card (Green Card)
- I-688B or I-766 Employment Authorization Card
- I-94 Arrival/Departure Record
- I-797 (Notice Of Action) or other official correspondence to and from USCIS, ICE or EIOR

CHILDCARE/DEPENDENT CARE: Documents must include the amount you pay and how often

- Letter from day care center or other child/adult care provider
- Canceled checks or receipts that prove payment of care services

PREGNANCY:

- Statement from doctor/medical professional with expected date of delivery

PRIVATE HEALTH INSURANCE: Documents must include the amount you pay

- Insurance policy
- Certificate of insurance
- Insurance card
- Other proof of private insurance

WE ACCEPT PHOTOCOPIES OF ALL DOCUMENTS OTHER THAN THOSE REQUIRED TO PROVE YOUR CITIZENSHIP OR IDENTITY

আপনার স্বাস্থ্য সেবার কভারেজ অব্যাহত রাখতে ডকুমেন্টেশনের সহায়িকা

চিকিৎসা সহায়তা কর্মসূচী স্বীকার করবে এমন ডকুমেন্টগুলোর একটি তালিকা। স্বাস্থ্য সেবার কভারেজ অব্যাহত রাখতে আপনাকে কি কি ডকুমেন্ট প্রদান করতে হতে পারে তা নির্ধারণ করতে অনুগ্রহ করে পুনর্নবীকরণের বিজ্ঞপ্তির বুকলেটটির প্রস্তুতকারকের নির্দেশাবলীর সাথে এই নির্দেশিকাটি ব্যবহার করুন।

আম:

মজুরি এবং বেতন/চাকরি

- সাম্প্রতিক পেচেক/বেতনের রসিদ বা পেরোলের রেকর্ডসমূহ
- নিয়োগকর্তার থেকে বিস্তৃত লিখিত বিবৃতি
- W-2 (শুধুমাত্র MBI-WPD গ্রাহক)
- আয়কর রিটার্ন (শুধুমাত্র MBI-WPD গ্রাহক)

স্বনিযুক্তি

- স্বাক্ষরিত আয়কর রিটার্ন
- আয় এবং খরচের রেকর্ড

চাকরি থেকে আয়

- বেতন একই থাকলে ----- →
- এক বেতনের তারিখ থেকে পরের বেতনের তারিখে বেতনের পরিমাণ পরিবর্তিত হলে ----- →
- আপনার বেতন/আয়ের কোনো অংশ নগদে প্রদান করা হলে এবং আপনার নিয়োগকর্তা কোনো লিখিত প্রমাণপত্র না প্রদান করলে ----- →

প্রমাণপত্রের ধরণ

- শেষ বেতনের রসিদ বা নিয়োগকর্তার থেকে চিঠি।
- শেষ 4 সপ্তাহের বেতনের রসিদের কপি বা নিয়োগকর্তার থেকে চিঠি।
- পুনর্নবীকরণের বুকলেটের 2য় পৃষ্ঠার **আম** বিভাগের নিচের দিকের প্রথম প্রমাণের উত্তর "হ্যাঁ" লিখুন।

- স্বনিযুক্ত হলে ----- →

- সবথেকে সাম্প্রতিক করের রিটার্নের কপি এবং সাম্প্রতিক আয়ের চিঠি (আপনার দ্বারা স্বাক্ষরিত)। আয় পরিবর্তিত হলে, কেন তা ব্যাখ্যা করুন।

- বেকার ভাতা পেয়ে থাকলে ----- →

- বেকার ভাতা পুরস্কারের চিঠির কপি বা NYS শ্রম দপ্তরের (Department of Labor) ইন্টারনেট প্রিন্ট-আউট পাঠান: <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

বেকার ভাতা

- পুরস্কারের চিঠি/সার্টিফিকেট
- সুবিধার স্টেটমেন্ট বা প্রিন্ট-আউট
- NYS শ্রম দপ্তরের থেকে চিঠি

সামাজিক সুরক্ষা

- পুরস্কারের চিঠি/সার্টিফিকেট
- সুবিধার চেক
- সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের থেকে চিঠি

ব্যক্তিগত পেনশন/বার্ষিক বৃত্তি

- পেনশন/বার্ষিক বৃত্তির স্টেটমেন্ট

শিশু সহায়তা/ভরণপোষণ

- সহায়তা প্রদানকারী ব্যক্তির থেকে চিঠি বা আদালতের চিঠি
- শিশু সহায়তা/ভরণপোষণ চেক স্টাব

কর্মীর ক্ষতিপূরণ

- পুরস্কারের চিঠি
- চেক স্টাব

ঘর/আবাস ভাড়া থেকে আয়

- বাসিন্দা, আবাসিক, ভাড়াটের চিঠি
- চেক স্টাব

মিলিটারি বেতন

- পুরস্কারের চিঠি
- চেক স্টাব

অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীদের সুবিধা

- পুরস্কারের চিঠি
- সুবিধার চেক স্টাব
- অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মী প্রশাসনের (Veterans Administration) চিঠি

সুদ/ডিভিডেন্ড/রম্যানটি

- ব্যাংক বা ফ্রেডিট ইউনিয়নের চিঠি
- রোকোরের চিঠি
- এজেন্টের চিঠি

নাগরিকত্ব (আপনি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক হিসাবে বিবৃত করলে, এখন আপনাকে কোনো প্রমাণ পাঠাতে হবে না। ডকুমেন্টের প্রয়োজন হলে, তার জন্য অনুরোধ জানিয়ে আপনাকে চিঠি দেওয়া হবে।)

- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের পাসপোর্ট
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্বের সার্টিফিকেট
- নাগরিকত্ব অর্পণের সার্টিফিকেট
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জন্মের সার্টিফিকেট এবং নিম্নলিখিত **পরিচয়ের** প্রমাণপত্রগুলির মধ্যে **একটি**: (1) ছবি সহ ড্রাইভারের লাইসেন্স, বা অন্য পরিচয়পত্র তথ্য (2) ছবি সহ স্কুলের পরিচয়পত্র কার্ড, (3) মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের অবসরপ্রাপ্ত সেনার কার্ড বা ড্রাফট রেকর্ড, (4) যুক্তরাষ্ট্র, স্টেট বা স্থানীয় প্রশাসন দ্বারা ইস্যু করা ড্রাইভারের লাইসেন্সে থাকা তথ্যের সমরূপ তথ্যযুক্ত আইডি কার্ড।

অভিবাসন স্থিতি: মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন পরিষেবার (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS) দ্বারা নিম্নলিখিত ডকুমেন্টগুলি ইস্যু করা হয়েছে

- I-551 স্থায়ী বসবাসের কার্ড (গ্রীন কার্ড)
- I-688B বা I-766 কর্মনিযুক্তির প্রমাণীকরণের কার্ড
- I-94 আগমন/প্রত্যাগমনের রেকর্ড
- I-797 (কার্যকলাপের বিজ্ঞপ্তি) বা USCIS, ICE বা EIOR কে বা তাদের থেকে অন্যান্য অফিসিয়াল চিঠিপত্র

শিশুর পরিচর্যা/নির্ভরশীল ব্যক্তির যত্ন: আপনি যে অর্থরাশি পরিশোধ করেন এবং কত ঘন ঘন করেন তা অবশ্যই ডকুমেন্টগুলিতে থাকতে হবে

- দিবা পরিচর্যা কেন্দ্র বা অন্যান্য শিশু/প্রাপ্তবয়স্ক সেবা প্রদানকারীর থেকে চিঠি
- বাতিল করা চেক বা রসিদ যা পরিচর্যা পরিষেবার পেমেন্ট প্রমাণ করে

গর্ভাবস্থা:

- ডেলিভারির প্রত্যাশিত তারিখের সঙ্গে ডাক্তার/চিকিৎসাগত পেশাদারের বিবৃতি

বেসরকারী স্বাস্থ্য বীমা: আপনি যে অর্থরাশি পরিশোধ করেছেন তার ডকুমেন্ট

- বীমা পলিসি
- বীমার সার্টিফিকেট
- বীমা কার্ড
- অন্যান্য বেসরকারী বীমার প্রমাণপত্র

আপনার নাগরিকত্ব বা পরিচয়ের প্রমাণকারী ডকুমেন্টগুলি ছাড়া আমরা সকল ডকুমেন্টের প্রতিলিপি স্বীকার করি

TERMS, RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

By completing and signing this form, I am applying to renew Medicaid and/or Family Planning Benefit Program coverage.

I understand that I must provide the information needed to prove my eligibility for each program. I agree to immediately report any changes to the information on this form. If I am unable to get the information, I will tell the social services district. The social services district may be able to help in getting the information.

I understand that workers from the programs for which family members or I are renewing may check the information given by me on this form. The agencies that run these programs will keep this information confidential according to 42 U.S.C. 1396a (a) (7) and 42 CFR 431.300-431.307, and any federal and state laws and regulations.

I understand that Medicaid and/or Family Planning Benefit Program coverage will not pay medical expenses that insurance or another person is supposed to pay, and that I am giving to the agency all of my rights to pursue and receive medical support from a spouse or parents of persons under 21 years old and my right to pursue and receive third party payments for the entire time I am in receipt of benefits.

I will file any claims for health or accident insurance benefits or any other resources to which I am entitled. I understand that I have the right to claim good cause not to cooperate in using health insurance if its use could cause harm to my health or safety or to the health and safety of someone I am legally responsible for.

I understand that my eligibility for these programs will not be affected by my race, color, or national origin. I also understand that depending on the requirements of these individual programs, my age, sex, disability or citizenship status may be a factor in whether or not I am eligible.

I understand that if my child is on Medicaid, he or she can get comprehensive primary and preventive care, including all necessary treatment through the Child/Teen Health Program.

I understand that anyone who knowingly lies or hides the truth in order to receive services under these programs is committing a crime and subject to federal and state penalties and may have to repay the amount of benefits received and pay civil penalties. The New York State Department of Tax and Finance has the right to review income information on this form.

CERTIFICATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS I certify under penalty of perjury, by signing my name on this form, that I, and/or any person for whom I am signing is a U.S. citizen or national of the United States or has satisfactory immigration status. The term "satisfactory immigration status" means an immigration status that does not make the person ineligible for benefits. **Important Information:** The United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) has said that enrollment in Medicaid CANNOT affect a person's ability to get a green card, become a citizen, sponsor a family member or travel in and out of the country (except if Medicaid pays for long term care in a place like a nursing home or psychiatric hospital). **The State will not report any information on this application to the USCIS.**

SOCIAL SECURITY NUMBER All applicants must provide a social security number or proof that they have applied for one or tried to apply for one. The only exceptions are pregnant women, undocumented immigrants and temporary non-immigrants applying for the treatment of an emergency medical condition, and certain battered immigrants. SSNs are not required for members of my household who are not applying for benefits. I understand that this is required by Federal Law at 42 U.S.C. 1320b-7 (a) and by Medicaid regulations at 42 CFR 435.910. SSNs are used in many ways, both within Department of Social Services (DSS) and between the DSS and federal, state, and local agencies, both in New York and other jurisdictions. Some uses of SSNs are: to check identity, to identify and verify earned and unearned income, to see if non custodial parents can get health insurance coverage for applicants, to see if applicants can get medical support, and to see if applicants can get money or other help. SSNs may also be used for identification of the recipient within and between central governmental Medicaid agencies to insure proper services are made available to the recipient.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION I consent to the release of any medical information about me and any members of my family for whom I can give consent: by my Primary Care Provider, any other health care provider or the New York State Department of Health (SDOH) to my health plan and any health care providers involved in caring for me or my family, as reasonably necessary for my health plan or my providers to carry out treatment, payment, or health care operations; by my health plan and any health care providers to SDOH and other authorized federal, state, and local agencies for purposes of administration of the Medicaid; and, by my health plan to other persons or organizations, as reasonably necessary for my health plan to carry out treatment, payment, or health care operations. I also agree that the information released may include HIV, mental health or alcohol and substance abuse information about me and members of my family, to the extent permitted by law. If more than one adult in the family is joining a Medicaid health plan, the signature of each adult applying is necessary for consent to release information.

MEDICAID MANAGED CARE If I am adding a family member to a Medicaid case and I live in a county that requires Medicaid recipients to join a health plan, I understand that this family member will be enrolled in the same health plan as my family, unless he or she is exempt or excluded.

RELEASE OF EDUCATIONAL RECORDS I give permission to the Local Department of Social Services and New York State to obtain any information regarding the educational records of my child(ren), herein named, necessary for claiming Medicaid reimbursements for health-related educational services, and to provide the appropriate federal government agency access to this information for the sole purpose of audit.

EARLY INTERVENTION PROGRAM If my child is evaluated for or participates in the New York State Early Intervention Program, I give permission to the local Department of Social Services and New York State to share my child's Medicaid eligibility information with my county Early Intervention Program for the purpose of billing Medicaid. I consent to sharing this information with any school-based health center that provides services to the applicant(s).

শর্তাবলী, অধিকার ও দায়িত্বসমূহ

এই ফর্ম পূরণ এবং স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি Medicaid এবং/অথবা পরিবার পরিকল্পনা সুবিধা কর্মসূচীর (Family Planning Benefit Program) কভারেজের পুনর্নবীকরণের জন্য আবেদন করছি।

আমি বুঝেছি যে প্রতিটি প্রোগ্রামের জন্য যোগ্যতা প্রমাণ করতে আমাকে অবশ্যই প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করতে হবে। এই ফর্মের কোনো তথ্যের পরিবর্তন হলে তা আমি অবিলম্বে জানাব বলে সম্মতি প্রদান করছি। যদি আমি তথ্য না পাই, তাহলে আমি ডিস্ট্রিক্টের সমাজ সেবা বিভাগকে জানাব। ডিস্ট্রিক্টের সমাজসেবা বিভাগ আমাকে তথ্য পেতে সাহায্য করতে পারে।

আমি বুঝেছি যে, পরিবারের সদস্যরা বা আমি যে সমস্ত প্রোগ্রামের জন্য পুনর্নবীকরণ করছি তার কর্মীরা এই ফর্মে আমি যে সব তথ্য প্রদান করছি সেগুলি যাচাই করতে পারে। যে সমস্ত সংস্থাগুলি এইসব প্রোগ্রাম চালাচ্ছেন তারা 42 U.S.C. 1396a (a) (7) এবং 42 CFR 431.300-431.307, যেকোনো যুক্তরাষ্ট্রীয় এবং স্টেটের আইন ও বিধি অনুসারে এই তথ্য গোপন রাখবে।

আমি বুঝেছি যে Medicaid এবং/অথবা পরিবার পরিকল্পনা সুবিধা কর্মসূচীর কভারেজ চিকিত্সা খরচ প্রদান করবে না যা বিমা বা অন্য ব্যক্তির দেয়ার কথা এবং আমি এজেন্সিকে স্বামী/স্ত্রী অথবা 21 বছরের কম বয়সী কোনো ব্যক্তির পিতামাতা থেকে চিকিৎসা সহায়তা পাওয়ার এবং অনুধাবন করার আমার সমস্ত অধিকার এবং আমার সুবিধা পাওয়ার সমগ্র সময়ের জন্য তৃতীয় পক্ষের পেমেন্ট পাওয়া এবং অনুধাবন করার আমার সমস্ত অধিকার দিচ্ছি।

আমার অধিকার আছে এমন যেকোনো স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা বিমা সুবিধা বা অন্যান্য সম্পদের জন্য দাবী করব। আমি বুঝেছি যে স্বাস্থ্য বিমার কারণে যদি আমার স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তা ক্ষতিগ্রস্ত হয় অথবা আইন অনুসারে আমার দায়িত্বে থাকা কোনো ব্যক্তির স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তা ক্ষতিগ্রস্ত হয় তাহলে স্বাস্থ্য বিমা ব্যবহারের ক্ষেত্রে সহযোগিতা না করার যুক্তিসঙ্গত কারণ দেখানোর অধিকার আমার আছে।

আমি বুঝেছি যে আমার জাতি, বর্ণ বা জাতিগত উত্স এইসব প্রোগ্রামের জন্য আমার যোগ্যতাকে কোনোভাবেই প্রভাবিত করবে না। এছাড়াও আমি বুঝেছি যে এইসব পৃথক পৃথক প্রোগ্রামের আবশ্যিকতার ক্ষেত্রে আমি যোগ্য কিনা তা আমার বয়স, লিঙ্গ, প্রতিবন্ধকতা বা নাগরিকত্বের স্থিতির ওপর নির্ভর করতে পারে।

আমি বুঝেছি যে যদি আমার শিশু Medicaid এ আওতাভুক্ত থাকে, তাহলে সে শিশু/কিশোর স্বাস্থ্য কর্মসূচীর (Child/Teen Health Program) মাধ্যমে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সহ সুসংহত প্রাথমিক ও প্রতিষেধক পরিচর্যা পাবে।

আমি বুঝেছি যে কেউ যদি জেনেশুনে মিথ্যা কথা বলে বা এইসব প্রোগ্রামের অধীনে পরিষেবা পাওয়ার জন্য আসল তথ্য লুকায় তাহলে তা অপরাধ এবং যুক্তরাষ্ট্রীয় স্টেটের শাস্তি অনুসারে তাকে শাস্তি পেতে হবে এবং প্রাপ্ত সুবিধার মূল্য প্রদান করতে হতে পারে এবং আর্থিক জরিমানা দিতে হতে পারে। নিউইয়র্কের কর ও অর্থবিভাগের এই ফর্মে (Department of Tax and Finance) থাকা আয়ের তথ্য পর্যালোচনা করার অধিকার আছে।

নাগরিকত্ব/অভিবাসন স্থিতির সার্টিফিকেট এই ফর্মে আমার নাম স্বাক্ষর করে আমি শপথভঙ্গের শাস্তির অধীনে প্রত্যায়িত করছি যে আমি, এবং/অথবা যেকোনো ব্যক্তি যার হয়ে আমি স্বাক্ষর করছি হল একজন মার্কিন নাগরিক অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি আছে। “সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি” শব্দটির মানে হল একটি অভিবাসন স্থিতি যা কোনো ব্যক্তিকে সুবিধা পাওয়ার জন্য যোগ্য করে তোলে। **প্রকৃতপূর্ণ তথ্য:** মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন পরিষেবা (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) জানিয়েছে যে Medicaid এ নাম লিখিত করলে কোনো ব্যক্তির গ্রীন কার্ড পাওয়ার যোগ্যতা, নাগরিক হওয়ার যোগ্যতা, পরিবারের সদস্যকে স্পনসর করা বা দেশের মধ্যে বা বাইরে যাওয়ার যোগ্যতার উপর কোনো প্রভাব পড়ে না (তবে যদি Medicaid নার্সিং হোম বা মানসিক হাসপাতালের মতো কোনো স্থানে দীর্ঘমেয়াদি পরিচর্যার জন্য অর্থপ্রদান করে তাহলে উক্ত নিয়মের ব্যতিক্রম ঘটবে)। **স্টেট এই আবেদন পত্রের কোনো তথ্য USCIS কে জানাবে না।**

সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (SOCIAL SECURITY NUMBER) সমস্ত আবেদনকারীকে অবশ্যই তাদের সামাজিক সুরক্ষা নম্বর প্রদান করতে হবে অথবা প্রমাণ দিতে হবে যে তারা সামাজিক সুরক্ষা নম্বরের জন্য আবেদন করেছে বা করার চেষ্টা করেছে। তবে গর্ভবতী মহিলা, নথিবদ্ধ নন এমন অভিবাসী এবং সামাজিকভাবে অনভিবাসীরা যারা আপত্তিকালীন চিকিত্সার জন্য আবেদন করছেন এবং নির্দিষ্ট কিছু আহত অভিবাসীদের ক্ষেত্রে তার ব্যতিক্রম ঘটবে। SSNs আমার পরিবারের যারা সুবিধার জন্য আবেদন করছে না তাদের জন্য লাগবে না। আমি বুঝেছি যে যুক্তরাষ্ট্রীয় আইন 42 U.S.C. 1320b-7 (a) এবং Medicaid এর 42 CFR 435.910 বিধি অনুসারে এটি প্রয়োজন। SSN সমাজ পরিষেবা বিভাগ (Department of Social Services, DSS) এবং DSS ও যুক্তরাষ্ট্রীয়, স্টেট ও স্থানীয় এজেন্সিদের মধ্যে ও নিউইয়র্ক ও অন্যান্য অধিক্ষেত্রের মধ্যে বিভিন্ন উপায়ে ব্যবহার করা হয়। SSNs এর কিছু ব্যবহার হল: পরিচয় যাচাই করা, অর্জিত ও অনর্জিত আয় যাচাই করা, নন-কাস্টোডিয়াল মা-বাবা আবেদনকারীদের জন্য স্বাস্থ্য বিমা পাবে কিনা, আবেদনকারীরা চিকিত্সা সহায়তা পাবে কিনা এবং আবেদনকারীর অর্থ বা অন্যান্য সহায়তা পাবে কিনা, তা দেখা। এছাড়াও SSN প্রাপকের উপলভ্য পরিষেবা উপযুক্তভাবে প্রদান করতে Medicaid এর মধ্যকার ও কেন্দ্রীয় সরকারি এজেন্সিগুলির মধ্যে প্রাপককে শনাক্ত করতে ব্যবহার করা হয়।

চিকিত্সা তথ্যের প্রকাশ আমি এই হিসেবে নিম্নলিখিতদেরকে আমার ও আমার পরিবারের যেকোনো সদস্যের চিকিত্সা তথ্য প্রকাশের সম্মতি দিচ্ছি: আমি বা আমার পরিবারের পরিচর্যায় যুক্ত আমার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী, অন্য যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা নিউইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগকে (New York State Department of Health, SDOH) আমার হেলথ প্লানে এবং যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের, আমার হেলথ প্লান বা চিকিত্সা, অর্থ প্রদান বা স্বাস্থ্যসেবা পরিচালনার জন্য যথাযথভাবে প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে আমার প্রদানকারীদের; আমার হেলথ প্লানে এবং যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের SDOH ও অন্যান্য অনুমোদিত যুক্তরাষ্ট্রীয়, স্টেট, স্থানীয় এজেন্সিদেরকে Medicaid পরিচালনার উদ্দেশ্যে; এবং আমার হেলথ প্লান বা চিকিত্সা, অর্থ প্রদান বা স্বাস্থ্যসেবা পরিচালনার জন্য যথাযথভাবে প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে আমার হেলথ প্লানে অন্যান্য ব্যক্তি বা সংস্থাদেরকে। এছাড়াও আমি সম্মত হচ্ছি যে, যেসব তথ্য প্রকাশ করা হয় সেখানে HIV, মানসিক স্বাস্থ্য বা মদ্যপান এবং মাদক সেবনের বিষয়ে আমার ও আমার পরিবারের সদস্যের তথ্য আইন অনুসারে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। যদি পরিবারের একের বেশি বয়স্ক ব্যক্তি Medicaid হেলথ প্লানে যোগ দেন তাহলে তথ্য প্রকাশের সম্মতির ক্ষেত্রে আবেদনকারী প্রতিজন বয়স্ক ব্যক্তির স্বাক্ষর আবশ্যিক।

MEDICAID পরিচালিত পরিচর্যা (MEDICAID MANAGED CARE) যদি আমি Medicaid কেসে পরিবারের কোনো সদস্যকে যোগ করি এবং আমি যে প্রদেশে বসবাস করি সেখানে Medicaid প্রাপকদেরকে একটি হেলথ প্লানে যুক্ত হতে হয় এমন পরিস্থিতি থাকে, তাহলে আমি বুঝেছি যে পরিবারের এই সদস্যকে আমার পরিবারের মতো একই হেলথ প্লানে নাম লিখিত করতে হবে যদি না তিনি অব্যাহতিপ্রাপ্ত বা বর্হিত হন।

শিক্ষা সংক্রান্ত রেকর্ডের প্রকাশ আমি নিউইয়র্ক স্টেটের স্থানীয় সমাজসেবা বিভাগকে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত শিক্ষা পরিষেবাগুলির জন্য Medicaid অর্থ পরিশোধ দাবি করতে এবং কেবলমাত্র অডিটের জন্য এই তথ্যের অ্যাক্সেস উপযুক্ত যুক্তরাষ্ট্রীয় সরকারি এজেন্সিকে প্রদান করতে এখানে উল্লিখিত আমার শিশুর (দের) সম্পর্কে যেকোনো শিক্ষা সংক্রান্ত তথ্য নেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।

দ্রুত হস্তক্ষেপের কর্মসূচী যদি আমার শিশুকে নিউইয়র্ক স্টেটের দ্রুত হস্তক্ষেপের কর্মসূচীর জন্য মূল্যায়ন করা হয় অথবা এই প্রোগ্রামে অংশ নেয় তাহলে আমি নিউইয়র্ক স্টেটের স্থানীয় সমাজসেবা বিভাগকে আমার শিশুর Medicaid যোগ্যতার তথ্য Medicaid বিলিংয়ের উদ্দেশ্যে আমার প্রদেশের আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের সঙ্গে শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি। আবেদনকারীকে(দের) পরিষেবা প্রদান করে এমন যেকোনো স্থান ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রের সঙ্গে আমি এই তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. REVIEW IT CAREFULLY.

The New York Medicaid program must tell you how we use, share, and protect your health information. The New York Medicaid program includes regular Medicaid and Medicaid Managed Care. The program is administered by the New York State Department of Health and the Local Departments of Social Services.

Your Health Information is Private.

We are required to keep your information private, share your information only when we need to, and follow the privacy practices in this notice. We must make special efforts to protect the names of people who get HIV/AIDS or drug and alcohol services.

What Health Information Does the New York Medicaid Program Have?

When you applied for Medicaid, you may have provided us with information about your health. When your doctors, clinics, hospitals, managed care plans and other health care providers send in claims for payment, we also get information about your health, treatments, and medications.

How Does the New York Medicaid Program Use and Share Your Health Information?

We must share your health information when:

- **You or your representative requests your health information.**
- **Government agencies request the information as allowed by law such as audits.**
- **The law requires us to share your information.**

In your Medicaid application, you gave the New York Medicaid Program the right to use and share your health information to pay for your health care and operate the program. For example, we use and share your information to:

- **Pay your doctor, hospital, and/or health care provider bills.**
- **Make sure you receive quality health care and that all the rules and laws have been followed.**

We may review your health information:

- **To determine whether you received the correct medical procedure or health care equipment.**
- **Contact you about important changes in your health benefits.**
- **Make sure you are enrolled in the right health program.**
- **Collect payment from other insurance companies.**
- **To determine eligibility in Medicare Part D or other insurance programs that might be more economical to you.**

We may also use and share your health information under limited circumstances to:

- **Study health care.** We may look at the health information of many consumers to find ways to provide better health care.
- **Prevent or respond to serious health or safety problems for you or your community as allowed by federal and state law.**

Your written authorization is required for other uses and disclosures:

- **Psychotherapy notes**
- **Uses and disclosures of Protected Health Information for marketing purposes, including subsidized treatment communications**
- **Disclosures that constitute a sale of your Protected Health Information.**

We must have your written permission to use or share your health information for any purpose not mentioned in this notice unless we are required to do so by the laws that apply to us.

What Are Your Rights?

You or your representatives have the right to:

- Get a paper copy of this notice.
- See or get a copy of your health information. If your request is denied, you have the right to review the denial.
- Ask to change your health information. We will look at all requests, but cannot change bills sent by your doctor, clinic, hospital or other health care provider.
- Ask to limit how we use and share your information. We will look at all requests, but do not have to agree to what you ask except where required by law to make such a disclosure.
- Ask us to contact you regarding your health care information in different ways (for example, you can ask us to send your mail to a different address).
- Ask for special forms that you sign permitting us to share your health information with whomever you choose. You can take back your permission at any time, as long as the information has not already been shared.
- Get a list of those who received your health information. This list will not include health information requested by you or your representative, information used to operate the New York Medicaid Program or information given out for law enforcement purposes.
- Be notified upon a breach of any of your unsecured Protected Health Information.

See the New York City Human Resources Administration web site for an electronic copy of this notice (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). You may also visit the New York State Department of Health web site to see an alternate version (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

***You will not be penalized for filing a complaint. If we change the information in this notice, we will post the amended version on our website at:**

https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

কিভাবে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করা এবং প্রকাশ করা হতে পারে এবং কিভাবে আপনি এই তথ্য প্রবেশাধিকার পাবেন তা বিজ্ঞপ্তিটিতে বর্ণনা করা আছে।
এটিকে মনোযোগ সহকারে পর্যালোচনা করুন।

নিউইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রামে কিভাবে আমরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করি, শেয়ার করি এবং সুবক্ষিত রাখি তা বলা আবশ্যিক। নিউইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রামে নিয়মিত Medicaid এবং Medicaid পরিচালিত পরিচর্যা অন্তর্ভুক্ত। নিউইয়র্কের স্বাস্থ্য দপ্তর (New York State Department of Health) ও স্থানীয় সমাজ পরিষেবা বিভাগ (Local Departments of Social Services) দ্বারা এই প্রোগ্রামটি পরিচালিত।

আপনার স্বাস্থ্য তথ্য গোপন রাখা হয়।

আমাদের আপনার তথ্য গোপন রাখতে হবে, যখন আমাদের প্রয়োজন হবে কেবল তখনই আপনার তথ্য শেয়ার করি এবং এই বিজ্ঞপ্তির গোপনীয়তা চর্চা অনুসরণ করি। যে সমস্ত লোকের এইচআইভি/এইডস (HIV/AIDS) সারানোর বা মাদক ও মদ্যপান ছাড়ার পরিষেবা পাচ্ছেন তাদের নাম সুরক্ষিত রাখার জন্য আমাদেরকে অবশ্যই বিশেষ প্রচেষ্টা করতে হবে।

নিউইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রামে কি ধরনের স্বাস্থ্য তথ্য থাকে?

যখন আপনি Medicaid এর জন্য আবেদন করেছেন তখন আমাদেরকে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে আপনি তথ্য দেন। যখন আপনার ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল, পরিচালিত পরিচর্যা প্ল্যান ও অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা পেমেন্টের জন্য ক্রেইম করে তখন আমরাও আপনার স্বাস্থ্য, চিকিৎসা ও ওষুধ সম্পর্কে তথ্য নিই।

কিভাবে নিউইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করে ও শেয়ার করে?

আমাদেরকে এইসব ক্ষেত্রে অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্য তথ্য শেয়ার করতে হবে:

- যখন আপনি ও আপনার প্রতিনিধি নথির অনুরোধ করে
- যখন অডিটের জন্য আইন অনুসারে সরকারি এজেন্সি তথ্যের অনুরোধ করে
- আইন অনুসারে আমাদের তথ্য শেয়ার করতে হলে।

আপনার Medicaid আবেদনে, আপনি নিউইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রামকে আপনার স্বাস্থ্যসেবার জন্য পেমেন্ট করতে বা পরিচালনা করার জন্য আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করার অধিকার দিচ্ছেন। উদাহরণস্বরূপ, আমরা এই ক্ষেত্রে আপনার তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করতে পারি:

- আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং/অথবা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বিল প্রদান করতে।
- আপনি মান সন্মত পরিষেবা পাচ্ছেন এবং সমস্ত বিধি ও আইন মেনে চলা হচ্ছে তা নিশ্চিত করতে।

আমরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য পর্যালোচনা করতে পারি:

- আপনি সঠিক চিকিৎসা পাচ্ছেন বা স্বাস্থ্যের যত্ন সরঞ্জাম পাচ্ছেন কিনা তা নির্ধারণ করতে।
- আপনার স্বাস্থ্য সুবিধায় গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন সম্পর্কে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে।
- আপনি সঠিক স্বাস্থ্য প্রোগ্রামে নথিভুক্ত তা নিশ্চিত করতে।
- অন্য বিমা কোম্পানি থেকে পেমেন্ট সংগ্রহ করতে
- Medicare পার্ট ডি অথবা অন্যান্য বিমা কর্মসূচীতে যোগ্যতা নির্ধারণ করতে, যা আপনার কাছে আরো সস্তা হতে পারে।

আমরা সীমিত পরিস্থিতিতে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করতে পারি:

- **স্বাস্থ্যসেবা অধ্যয়ন।** আরও ভালো স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করার উপায় খুঁজে পেতে আমরা অনেক গ্রাহকদের স্বাস্থ্য তথ্য দেখতে পারি।
- **ফেডারেল এবং স্টেটের আইন অনুসারে আপনার বা আপনার কমিউনিটির জন্য গুরুত্বপূর্ণ স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তা সমস্যা প্রতিবেদন বা প্রতিক্রিয়া।**

অন্যান্য ব্যবহার ও প্রকাশের ক্ষেত্রে আপনার লিখিত অনুমতি লাগবে:

- **সাইকোথেরাপি নোট**
- **ভর্তুকিমুক্ত চিকিৎসা যোগাযোগ সহ বিপণনের উদ্দেশ্যের জন্য সুবক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করে ও প্রকাশ করে**
- **যে সমস্ত তথ্য প্রকাশের ক্ষেত্রে আপনার সুবক্ষিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বিক্রয় করার মতো বিষয় রয়েছে।**

আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য এমন আইন অনুসারে প্রয়োজন না হওয়া পর্যন্ত এই বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত নেই এমন ক্ষেত্রে আমাদের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করার লিখিত অনুমতি আমাদের অবশ্যই প্রয়োজন।

আপনার অধিকারগুলো কী কী?

আপনার বা আপনার প্রতিনিধির এই সর্বের অধিকার আছে:

- এই বিজ্ঞপ্তির কাগজে প্রতিলিপি পেতে।
- আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের একটি প্রতিলিপি দেখতে বা পেতে। আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হলে, আপনার সিদ্ধান্ত প্রত্যাখ্যান করার বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আছে।
- আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য পরিবর্তনের জন্য বলতে। আমরা সমস্ত অনুরোধ দেখব, আপনার ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী আপনাকে যে বিল পাঠিয়েছে তা আমরা পরিবর্তন করতে পারব না।
- কিভাবে আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার ও শেয়ার করি তা সীমিত করার জন্য বলতে। আমরা সমস্ত অনুরোধ দেখব, আইন অনুসারে এই ধরনের প্রকাশ ছাড়া অন্যান্য ক্ষেত্রে আপনি যা বলেছেন তাতে আমাদের সম্মত হতেই হবে এমন কোনও বাধ্যবাধকতা নেই।
- বিভিন্ন উপায়ে আপনার স্বাস্থ্যসেবা তথ্য সম্পর্কে আমাদেরকে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য বলতে (উদাহরণস্বরূপ, আপনি আমাদেরকে ভিন্ন ঠিকানায় যোগাযোগ করার জন্য বলতে পারেন)।
- আপনার পছন্দের কারণে সঙ্গে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার জন্য আমাদেরকে অনুমতি দিতে আপনি যে বিশেষ ফর্মগুলি আপনি স্বাক্ষর করছেন তা চাইতে। তথ্য শেয়ার না করা পর্যন্ত আপনি যেকোনো সময়ে আপনার অনুমতি ফিরিয়ে নিতে পারেন।
- আপনার স্বাস্থ্য তথ্য করা পেয়েছে তাদের একটি তালিকা পেতে। এই তালিকায় আপনার বা আপনার প্রতিনিধি দ্বারা অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য তথ্য, নিউইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম পরিচালনার জন্য ব্যবহৃত তথ্য বা আইন প্রয়োগের উদ্দেশ্যের জন্য প্রদত্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে না।
- আপনার নিরাপদহীন সুবক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে বিজ্ঞপ্তি পান।

এই বিজ্ঞপ্তির একটি বৈদ্যুতিন কপি পেতে নিউইয়র্ক সিটির মানব সম্পদ প্রশাসনের

(New York City Human Resources Administration) ওয়েবসাইট

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf) দেখুন। বিকল্প সংস্করণ দেখতে

(https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm) নিউইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগের ওয়েবসাইটে যেতে পারেন।

***অভিযোগ করার জন্য আপনাকে শাস্তি পেতে হবে না। যদি এই বিজ্ঞপ্তির কোনও তথ্যের পরিবর্তন আমরা করি তাহলে আমরা এই ওয়েবসাইটে একটি সংশোধিত সংস্করণ পোস্ট করব:**

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কী HRA এর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** 212-331-4640 এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।