আপনার Medicaid পুনর্নবীকরণ পূরণ করার নির্দেশিকা

Human Resources Administration
Department of Social Services
Medical Assistance Program/OMR

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 HRA Medicaid হেল্পলাইন নম্বরে ফোন করুন বা এই বুকলেটটির 4র্থ পৃষ্ঠায় তালিকাবদ্ধ পরিচালিত পরিচর্যা পরিকল্পনাগুলির (Managed Care Plans) 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।

পৃষ্ঠার বাকি অংশগুলি ইচ্ছাকৃতভাবে খালি রাখা হয়েছে

পুনর্নবীকরণের পরিবর্তনসমূহ 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 তালিকাবদ্ধ 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 প্রমাণপত্র পাঠাতেও 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 ধরণের 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 ধরণের 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	টেলিফোন নম্বর	বর্তমান পরিষেবা ক্ষেত্র				
		Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH (পূর্বে 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 HEALTH PLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (পূর্বে AMERICHOICE BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

MEDICAID পুনর্নবীকরণ ঠিকানা	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116

আপনার স্বাস্থ্য সেবার কভারেজ অব্যাহত রাখতে ডকুমেন্টেশনের গাইড

Medical Assistance 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 প্রচ্ছদের নির্দেশাবলীর সাথে এই নির্দেশিকাটি ব্যবহার করুন।

আয়:

মজুরি এবং বেতন/চাকরি

- বর্তমান পেচেক/বেতনের রশিদ 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 ব্যয়ের রেকর্ড

চাকরি থেকে আয়	প্রমাণের ধরণ
• বেতন একই থাকলে ----------→	শেষ বেতনের রশিদ বা নিয়োগকর্তার থেকে চিঠি।
• এক বেতনের তারিখ থেকে পরের বেতনের তারিখে বেতনের পরিমাণ পরিবর্তিত হলে ----→	শেষ 4 সপ্তাহের বেতনের রশিদের কপি বা নিয়োগকর্তার থেকে চিঠি।
• আপনার বেতন/আয়ের কোনো অংশ নগদে প্রদান করা হলে এবং আপনার নিয়োগকর্তা কোনো লিখিত প্রমাণপত্র না প্রদান করলে ---→	পুনর্নবীকরণের বুকলেটের 2য় পৃষ্ঠার **আয়** বিভাগের নিচের দিকের প্রথম প্রশ্নটির উত্তর "হ্যাঁ" লিখুন
• স্বনিযুক্ত হলে ----------→	সবথেকে সাম্প্রতিক করের রিটার্নের কপি এবং সাম্প্রতিক আয়ের চিঠি (আপনার দ্বারা স্বাক্ষরিত) যদি আয় পরিবর্তিত হয়, কেন হয়েছে ব্যাখ্যা করুন।
• বেকার ভাতা পেয়ে থাকলে ----------→	বেকারত্ব বীমা পুরষ্কারের চিঠির কপি বা NYS শ্রম দপ্তরের (NYS Department of Labor) ইন্টারনেট প্রিন্টআউট পাঠান: https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do

বেকারত্ব সুবিধা

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

সামাজিক সুরক্ষা

- পুরষ্কারের চিঠি/সার্টিফিকেট
- সুবিধার চেক
- সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের থেকে চিঠি (Social Security Administration)

মিলিটারি বেতন

- পুরস্কারের চিঠি
- চেক বিবৃতি

শিশু সহায়তা/ভরণপোষণ

- সহায়তা প্রদানকারী ব্যাক্তির থেকে চিঠি বা আদালতের চিঠি
- শিশু সহায়তা/ভরণপোষণ চেকের বিবৃতি

কর্মীর ক্ষতিপূরণ

- পুরস্কারের চিঠি
- চেক বিবৃতি

ভাড়া বা রুম/বোর্ড থেকে আয়

- বাসিন্দা, আবাসিক, ভাড়াটের চিঠি
- চেক বিবৃতি

সুদ/ডিভিডেন্ড/রয়্যালটি

- ব্যাংক বা ক্রেডিট ইউনিয়নের চিঠি
- ব্রোকারের চিঠি
- এজেন্টের চিঠি

অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীদের সুবিধা

- পুরস্কারের চিঠি
- ভাতার চেকের বিবৃতি
- অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মী প্রশাসনের চিঠি (Veterans' Administration)

ব্যক্তিগত পেনশন/বার্ষিক বৃত্তি

- পেনশন/বার্ষিক বৃত্তির স্টেটমেন্ট

আপনার স্বাস্থ্য সেবার কভারেজ অব্যাহত রাখতে ডকুমেন্টেশনের গাইড অব্যাহত

<u>নাগরিকত্ব:</u> (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 পরিচয়জ্ঞাপক তথ্য (2) ছবি সহ স্কুলের পরিচয়জ্ঞাপক 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।

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

- I-551 স্থায়ী বসবাসের কার্ড (গ্রিন কার্ড)
- I-94 আগমন/প্রত্যাগমের রেকর্ড
- I-688B বা 1-766 কর্মনিযুক্তির প্রমাণীকরণের কার্ড
- I-797 (কার্যকলাপের বিজ্ঞপ্তি) বা USCIS, ICE বা EIOR কে বা তাদের থেকে অন্যান্য অফিসিয়াল চিঠিপত্র

<u>শিশুর পরিচর্চা/নির্ভরশীল ব্যক্তির যত্ন</u>: আপনি যে অর্থরাশি পরিশোধ করেন এবং কত ঘন করেন তা অবশ্যই ডকুমেন্টগুলিতে থাকতে হবে

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

<u>গর্ভাবস্থা:</u>

- ডেলিভারির প্রত্যাশিত তারিখের সঙ্গে ডাক্তার/মেডিকেল পেশাজীবীর বিবৃতি

<u>বেসরকারী স্বাস্থ্য বীমা:</u> আপনি যে অর্থরাশি পরিশোধ 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

শর্তাবলী, অধিকার ও দায়িত্বসমূহ

এই ফর্ম পূরণ এবং স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি Medicaid এবং/অথবা Family Planning Benefit প্রোগ্রামের 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 সম্মত হচ্ছি। 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 করাচ্ছি 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, এবং যেকোনো যুক্তরাষ্ট্রীয় এবং স্টেটের আইন ও বিধি অনুসারে এই তথ্য গোপন রাখবে।

আমি বুঝেছি যে Medicaid এবং/অথবা Family Planning Benefit প্রোগ্রাম কভারেজ চিকিৎসা এমন 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। আমি এটাও বুঝি যে এই পৃথক প্রোগ্রামগুলির প্রয়োজনীয়তার উপর নির্ভর করে, আমার বয়স, অক্ষমতা বা নাগরিকত্বের স্থিতি আমি যোগ্য কিনা সেটার ক্ষেত্রে একটি ফ্যাক্টর হতে পারে।

আমি বুঝি যে আমার সন্তান যদি Medicaid-এ থাকে, তাহলে তারা Child/Teen Health প্রোগ্রাম এর মাধ্যমে সমস্ত প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সহ ব্যাপক প্রাথমিক এবং প্রতিরোধমূলক যত্ন পেতে পারে।

আমি বুঝেছি যে কেউ যদি জেনেশুনে মিথ্যা কথা বলে বা এইসব প্রোগ্রামের অধীনে পরিষেবা পাওয়ার জন্য আসল তথ্য লুকায় তাহলে তা অপরাধ হবে এবং ফেডারেল ও স্টেট শাস্তির আওতাভুক্ত এবং প্রাপ্ত সুবিধার মূল্য ফেরত দিতে হতে পারে এবং আর্থিক জরিমানা দিতে হতে পারে। নিউইয়র্কের কর ও অর্থবিভাগের এই ফর্মে (New York State 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। **গুরুত্বপূর্ণ তথ্য**: মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন পরিষেবা (USCIS) জানিয়েছে যে Medicaid এ নাম নথিভুক্ত 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। একমাত্র ব্যতিক্রম হল গর্ভবতী ব্যক্তি, নথিভুক্ত নয় এমন অভিবাসী এবং অস্থায়ী অ-অভিবাসীরা যারা জরুরী চিকিৎসার অবস্থার জন্য আবেদন করে, এবং কিছু বিপর্যস্ত অভিবাসী। 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। SSNs 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 অনার্জিত আয় যাচাই করা, নন-কাস্টোডিয়াল মা-বাবা আবেদনকারীদের জন্য স্বাস্থ্য বিমা পাবে কিনা, আবেদনকারীরা চিকিৎসা সহায়তা পাবে কিনা এবং আবেদনকারীর অর্থ বা অন্যান্য সহায়তা পাবে কিনা, তা দেখা। প্রাপকের জন্য যথাযথ পরিষেবাগুলি উপলব্ধ করা হয়েছে তা নিশ্চিত করার জন্য কেন্দ্রীয় সরকারী Medicaid এজেন্সিগুলির মধ্যে এবং তাদের মধ্যে প্রাপকের সনাক্তকরণের জন্য SSN ব্যবহার করা যেতে পারে।

চিকিৎসা তথ্যের প্রকাশ আমি এই হিসেবে নিম্নলিখিতদেরকে আমার ও আমার পরিবারের যেকোনো সদস্যের চিকিৎসা 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 প্ল্যানে এবং যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের, আমার হেলথ প্ল্যান বা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান বা স্বাস্থ্যসেবা পরিচালনার জন্য যথাযথভাবে প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে আমার প্রদানকারীদের;আমার হেলথ প্ল্যানে এবং যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের SDOHও অন্যান্য অনুমোদিত যুক্তরাষ্ট্রীয়,স্টেট, স্থানীয় এজেন্সিদেরকে Medicaid পরিচালনার উদ্দেশ্যে;এবং আমার হেলথ প্ল্যান বা চিকিৎসা, অর্থ প্রদান বা স্বাস্থ্যসেবা পরিচালনার জন্য যথাযথভাবে প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে আমার হেলথ প্ল্যানে অন্যান্য ব্যক্তি বা সংস্থাদেরকে। এছাড়াও আমি সম্মতি 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 প্ল্যানে যোগ দেন তাহলে তথ্য প্রকাশের সম্মতির ক্ষেত্রে আবেদনকারী প্রতিজন বয়স্ক ব্যক্তির স্বাক্ষর আবশ্যক।

Medicaid ম্যানেজড কেয়ার যদি আমি একটি Medicaid কেসে পরিবারের একজন সদস্যকে যোগ করি এবং আমি এমন একটি কাউন্টিতে থাকি যেখানে Medicaid প্রাপকদের একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগদান করতে হয়, আমি বুঝি যে এই পরিবারের সদস্যকে আমার পরিবারের মতো একই স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় নথিভুক্ত করা হবে, যদি না তাদের অব্যাহতি দেওয়া হয় বা ছাঁটাই করা হয়।

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।

EARLY INTERVENTION কর্মসূচী যদি আমার শিশুকে নিউইয়র্ক স্টেটের Early Intervention কর্মসূচীর জন্য মূল্যায়ন করা হয় অথবা এই প্রোগ্রামে অংশ নেয় তাহলে আমি নিউইয়র্ক স্টেটের স্থানীয় সমাজসেবা বিভাগকে (Department of Social Services) আমার শিশুর Medicaid যোগ্যতার তথ্য Medicaid বিলিংয়ের উদ্দেশ্যে আমার প্রদেশের Early Intervention প্রোগ্রামের সঙ্গে শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি। আবেদনকারীকে(দের) পরিষেবা প্রদান করে এমন যেকোনো স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রের সঙ্গে আমি এই তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি।

গোপনীয়তার বিজ্ঞপ্তি

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-2020c (B) 12/20/2023
(E) 12/20/2023

এই বিজ্ঞপ্তিটি বর্ণনা করে যে আপনার সম্পর্কে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য কীভাবে ব্যবহার করা যেতে পারে এবং প্রকাশ করা যেতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্যে অ্যাক্সেস করতে পারেন। অনুগ্রহ করে এটিকে মনোযোগ সহকারে পড়ুন।

নিউ ইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রাম কিভাবে আমরা আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করি, শেয়ার করি এবং সুরক্ষিত করি তা থাকা আবশ্যক। নিউ ইয়র্কের Medicaid প্রোগ্রাম নিয়মিত Medicaid এবং Medicaid ম্যানেজড কেয়ার অন্তর্ভুক্ত। নিউইয়র্কের স্বাস্থ্য দপ্তর ও স্থানীয় সমাজ পরিষেবা বিভাগ দ্বারা এই প্রোগ্রামটি পরিচালিত।

আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যক্তিগত।

আমাদের অবশ্যই আপনার তথ্য গোপন রাখতে হবে, আমাদের প্রয়োজন হলেই আপনার তথ্য শেয়ার করতে হবে এবং এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত গোপনীয়তা অনুশীলনগুলি অনুসরণ করতে হবে। HIV/AIDS বা মাদক ও অ্যালকোহল পরিষেবা গ্রহণকারী ব্যক্তিদের নাম রক্ষা করার জন্য আমাদের অবশ্যই বিশেষ প্রচেষ্টা করতে হবে।

নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম এর কোন স্বাস্থ্য তথ্যের অ্যাক্সেস আছে?

আপনি যখন Medicaid-এর জন্য আবেদন করেছিলেন, তখন আপনি আমাদের আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য দিয়েছিলেন। আপনার ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল, ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যান এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা পেমেন্টের জন্য দাবি জমা দিলে আমরা আপনার স্বাস্থ্য, চিকিত্সা এবং ওষুধ সম্পর্কে তথ্যও পাই।

নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম কীভাবে আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করে এবং শেয়ার করে?

আমাদের অবশ্যই আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য শেয়ার করতে হবে যখন:

- **আপনি বা আপনার প্রতিনিধি আপনার স্বাস্থ্য তথ্যের জন্য অনুরোধ করুন।**
- **সরকারী সংস্থাগুলি আইন দ্বারা অনুমোদিত তথ্যের জন্য অনুরোধ করে, যেমন অডিট।**
- **আমাদের আইন দ্বারা আপনার তথ্য শেয়ার করা আবশ্যক।**

আপনার Medicaid আবেদনে, আপনি নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম কে আপনার স্বাস্থ্যের যত্নের জন্য অর্থ প্রদানের জন্য এবং প্রোগ্রাম পরিচালনা করার জন্য আপনার স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করার এবং শেয়ার করার ক্ষমতা দেন। উদাহরণস্বরূপ, আমরা আপনার তথ্য ব্যবহার এবং শেয়ার করি:

- **আপনার ডাক্তার, হাসপাতাল এবং/অথবা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর বিল পরিশোধ করুন।**
- **নিশ্চিত করুন যে আপনি মানসম্পন্ন স্বাস্থ্য পরিষেবা পাচ্ছেন এবং সমস্ত নিয়ম ও আইন অনুসরণ করা হচ্ছে।**

আমরা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পর্যালোচনা করতে পারি:

- **আপনি সঠিক চিকিৎসা পদ্ধতি বা স্বাস্থ্যসেবা সরঞ্জাম পেয়েছেন কিনা তা নির্ধারণ করুন।**
- **আপনার স্বাস্থ্য সুবিধার গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন সম্পর্কে আপনার সাথে যোগাযোগ করুন।**
- **নিশ্চিত করুন যে আপনি সঠিক স্বাস্থ্য প্রোগ্রামে নথিভুক্ত হয়েছেন।**

- **অন্যান্য বীমা কোম্পানি থেকে পেমেন্ট সংগ্রহ করুন।**
- **Medicare পার্ট D বা আপনার জন্য আরও সাশ্রয়ী হতে পারে এমন অন্যান্য বীমা প্রোগ্রামগুলির জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করে।**

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

- **স্বাস্থ্য যত্ন অধ্যয়ন।** আমরা আরও ভাল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের উপায় খুঁজে পেতে অনেক গ্রাহকের স্বাস্থ্য তথ্য দেখতে পারি।
- **ফেডারেল এবং স্টেট আইন দ্বারা অনুমোদিত আপনার বা আপনার কমিউনিটির জন্য গুরুতর স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তা সমস্যা প্রতিরোধ বা প্রতিক্রিয়া।**

অন্যান্য ব্যবহার এবং প্রকাশের জন্য আপনার লিখিত অনুমোদন প্রয়োজন:

- **সাইকোথেরাপি মন্তব্য**
- **ভর্তুকিযুক্ত চিকিত্সা যোগাযোগ সহ বিপণনের উদ্দেশ্যে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের ব্যবহার এবং প্রকাশ**
- **প্রকাশ যা আপনার সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের বিক্রয় তৈরি করে।**

এই বিজ্ঞপ্তিতে বর্ণিত যেকোনো উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য ব্যবহার বা শেয়ার করার জন্য আমাদের অবশ্যই আপনার লিখিত অনুমতি থাকতে হবে, যদি না আমাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য আইনের অধীনে তা করার প্রয়োজন হয়।

আপনার অধিকার কী?

আপনার বা আপনার প্রতিনিধিদের অধিকার আছে:

- এই বিজ্ঞপ্তির একটি কপি পান।
- আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের একটি অনুলিপি দেখুন বা পান। যদি আপনার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হয়, তাহলে আপনার অস্বীকৃতি পর্যালোচনা করার অধিকার রয়েছে।
- আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য পরিবর্তন করতে বলুন। আমরা সমস্ত অনুরোধকে সম্মান করব, কিন্তু আপনার ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল বা অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর পাঠানো বিলগুলিতে পরিবর্তন করতে পারব না।
- আমরা যেভাবে ব্যবহার করি এবং আপনার তথ্য শেয়ার করি তা সীমিত করতে আপনাকে বলুন। আমরা সমস্ত অনুরোধ বিবেচনা করব, কিন্তু আইন দ্বারা এই ধরনের প্রকাশের প্রয়োজন ব্যতীত, আপনি যা জিজ্ঞাসা করেন তাতে সম্মত হওয়ার প্রয়োজন নেই।
- আপনার স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত তথ্য সম্পর্কে বিভিন্ন উপায়ে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে বলুন (উদাহরণস্বরূপ, আপনি আমাদেরকে একটি ভিন্ন ঠিকানায় আপনার ডাকযোগে পাঠাতে বলতে পারেন)।
- বিশেষ ফর্মগুলির জন্য জিজ্ঞাসা করুন যা আপনি আমাদেরকে আপনার পছন্দের কারও সাথে আপনার স্বাস্থ্যের তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দিয়ে স্বাক্ষর করেন। আপনি যে কোনো সময় আপনার অনুমতি প্রত্যাহার করতে পারেন, যদি না তথ্য ইতিমধ্যে শেয়ার করা হয়।
- যারা আপনার স্বাস্থ্য তথ্য পেয়েছেন তাদের একটি তালিকা পান। এই তালিকায় আপনার বা আপনার প্রতিনিধি দ্বারা অনুরোধ করা স্বাস্থ্য তথ্য, নিউ ইয়র্ক Medicaid প্রোগ্রাম পরিচালনার জন্য ব্যবহৃত তথ্য, বা আইন প্রয়োগকারী উদ্দেশ্যে প্রদত্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকবে না।
- আপনার অনিরাপদ সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্যের কোনো লঙ্ঘন সম্পর্কে আমাদের অবহিত করুন।

এই বিজ্ঞপ্তির একটি বৈদ্যুতিন অনুলিপির জন্য, নিউ ইয়র্ক সিটি মানব সম্পদ প্রশাসনের ওয়েবসাইট দেখুন (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf).একটি বিকল্প সংস্করণ দেখতে আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ (Department of Health) ওয়েব সাইটেও দেখতে পারেন (https://www.health.ny.gov/health_care/Medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm).

***অভিযোগ দায়ের করার জন্য আপনাকে কোনো জরিমানা দেওয়া হবে না। যদি আমরা এই বিজ্ঞপ্তিতে তথ্য পরিবর্তন করি, আমরা আমাদের ওয়েবসাইটে সংশোধিত সংস্করণটি এখানে পোস্ট করব:**

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

আপনি কি শারীরিক বা মানসিক ভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থাটি কি আপনার পক্ষে বিজ্ঞপ্তিটি বুঝতে বা এই নোটিশটিতে যা করতে বলা হয়েছে তা করা আপনার পক্ষে কঠিন করে তুলছে? এই অবস্থার কারণে কি HRA-তে অন্যান্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** 888-692-6116 নম্বরে আমাদের কল করুন। আপনি যখন HRA অফিসে যাবেন তখনও সাহায্য চাইতে পারেন। আইনের অধীনে এই ধরনের সহায়তা চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।