

ফাইলে তথ্যের পরিবর্তনের জন্য গ্রাহকের/প্রদানকারীর অনুরোধ

(নথিপত্র প্রদান প্রয়োজন)

দ্রষ্টব্য: এই নথিটি শুধুমাত্র এই ফর্মে তালিকাভুক্ত তথ্য সংশোধন/পরিবর্তন করার জন্যই ব্যবহার করতে হবে। কোনো উপভোক্তার জনতান্ত্রিক তথ্য পরিবর্তন করতে, কর্মীকে এখানে নির্দেশিত করা হয় [MAP-751k](#), [ফাইলে তথ্যের পরিবর্তনের জন্য গ্রাহকের/প্রদানকারীর অনুরোধ \(কোনো নথিপত্র প্রদান করার প্রয়োজন নেই\)](#)।

কেসের নাম: _____

কেস নম্বর: _____ CIN: _____

অনুগ্রহ করে জেনে রাখুন যে আপনার অনুরোধ করা পরিবর্তন সংক্রান্ত একটি যোগ্যতার বিজ্ঞপ্তি পাঠানো হবে।

নিম্নলিখিত তথ্য সংশোধন/পরিবর্তন করুন (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন)

কেস সম্পূর্ণরূপে বন্ধ করুন

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণ

- এই ফর্মে উপভোক্তার এবং/অথবা প্রতিনিধির স্বাক্ষর

কেস একসাথে যুক্ত করুন

বর্তমান কেস নম্বর: _____ কেস নম্বরের সাথে: _____

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণ

- এই ফর্মে উপভোক্তার এবং/অথবা প্রতিনিধির স্বাক্ষর

কেসে কোনো ব্যক্তিকে যুক্ত করুন

নাম: _____

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণ

- DOH-4220, Access NY আবেদন

কেসের থেকে কোনো ব্যক্তিকে সরিয়ে ফেলুন

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণ

- এই ফর্মে উপভোক্তার এবং/অথবা প্রতিনিধির স্বাক্ষর

মৃত্যুর বিজ্ঞপ্তি:

এর জন্য: _____

অতিরিক্ত বিস্তারিত:

গ্রহণযোগ্য প্রমাণ

- মৃত্যুর শংসাপত্র

অভিযাসন স্থিতিতে পরিবর্তন

বিদ্যমান: _____

এতে পরিবর্তন: _____

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণগুলি

- I-94 আগমন প্রস্থানের রেকর্ড
- I-551 স্থায়ী বসবাসের কার্ড (গ্রিন কার্ড)
- I-766 কর্মনিযুক্তির প্রমাণীকরণের কার্ড
- I-797 আবেদনের অনুমোদন বা মূলতুবি নির্দেশ করা পদক্ষেপের বিস্তৃতি
- 1 জানুয়ারি, 1972-এর আগে একটানা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বসবাসের প্রমাণ
- অন্যান্য প্রামাণিক নথিপত্র যা অভিবাসন স্থিতিতে কোনো পরিবর্তন সনাক্ত করে

ব্যক্তিগত পরিচর্যা/অন্যান্য কমিউনিটি-ভিত্তিক দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (Community-Based Long-Term Care, CBLTC) পরিষেবা/নার্সিং হোম (Nursing Home, NH) পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত করতে যোগ্যতা আপগ্রেড করুন

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণগুলি

- আয়ের প্রমাণ-পত্র
- সম্পদের প্রমাণ-পত্র (CBLTC: শুধুমাত্র এই মাসের সম্পদের নথি এবং NH: গত 60 মাসের সম্পদের নথি এবং পরিষেবার আসু প্রয়োজন)
- DOH-5178A, Access NY সম্পূরক A

Medicare সেভিংস প্রোগ্রাম মূল্যায়ন (MSP)

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণগুলি

- সংযুক্ত MAP-628j, Medicare সেভিংস প্রোগ্রাম (Medicare Savings Program, MSP) নথিপত্র প্রদানের নির্দেশিকা দেখুন
দ্রষ্টব্য: যদি আপনার মেডিকেড আবেদনের সাথে MAP-628j বিষয়ক নথিপত্র জমা করা হয়ে থাকে, তাহলে আপনার কোনও অতিরিক্ত নথিপত্র জমা দেওয়ার দরকার নাই।

বাজেটিং পরিবর্তন

- প্রতিবন্ধী প্রাপ্তবয়স্ক শিশু (Disabled Adult Child, DAC) প্রতিবন্ধকতা নিয়ে চাকরি করা লোকেদের জন্য Medicaid বাই-ইন (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD)
- পরিবর্তিত নিয়ন্ত্রিত মোট আয় (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) পিকল কম হওয়া খরচ
- নার্সিং হোম বা অ্যাডাল্ট হোমের থেকে ছাড়া পাওয়া এবং পরিচালিত দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যা (Managed Long-Term Care)-তে নথিভুক্ত করার পরে বিশেষ আবাসনের মানদণ্ড
- স্বামী/স্ত্রী সংক্রান্ত উপার্জনহীনতা স্বামী/স্ত্রী সংক্রান্ত প্রত্যাখ্যান

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণগুলি

- সংযুক্ত MAP-751x বাজেটিং পরিবর্তনের নথিপত্র প্রদানের নির্দেশিকা দেখুন

পুলযুক্ত ট্রাস্ট

নতুন ট্রাস্টের জমা দেওয়ার জন্য বাজেটিং

বেড়ে যাওয়া জমা দেওয়ার সংখ্যার জন্য বাজেট

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণগুলি

- আপনার পুলযুক্ত ট্রাস্টের যোগ করার চুক্তির প্রতিলিপি
- পুলযুক্ত ট্রাস্ট আপনার যোগ দেওয়ার চুক্তির প্রতিলিপি (প্রযোজ্য হলে)
- জমা দেওয়ার প্রমাণ
- সামাজিক নিরাপত্তা প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ বা প্রতিবন্ধকতার অনুরোধ (Social Security Disability Determination or Disability Request) (LDSS-486T প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণের জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রতিবেদন, LDSS-1151, প্রতিবন্ধকতার পর্যালোচনা, MAP-751e, চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন, OCA-960 ব্যক্তির স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন HIPAA প্রকাশ ফর্ম)

তৃতীয় পক্ষের স্বাস্থ্য বিমা যোগ করুন বা সরিয়ে ফেলুন

অতিরিক্ত বিস্তারিত: _____

গ্রহণযোগ্য প্রমাণ

- MAP-404d, স্বাস্থ্য বিমা নিশ্চিতকরণের বিজ্ঞপ্তি
- MAP-404e, তৃতীয়-পক্ষের স্বাস্থ্য বিমা সরিয়ে ফেলার বিজ্ঞপ্তি
- MAP-404g, “বাণিজ্যিক” তৃতীয়-পক্ষের স্বাস্থ্য বিমা সরিয়ে ফেলার অনুরোধ

এই ফর্মে তালিকাভুক্ত না থাকা পরিবর্তনগুলি

আপনার অনুরোধ করা পরিবর্তন এই ফর্মে তালিকাভুক্ত না থাকলে, নীচে দেওয়া জায়গায় অতিরিক্ত বিস্তারিত সরবরাহ করুন:

নাম (ছাপানো হরফে)	স্বাক্ষর	তারিখ
গ্রাহকের প্রতিনিধির নাম (ছাপার হরফে)	স্বাক্ষর	তারিখ

আপনি কি চিকিৎসাগত বা মানসিক ভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা করতে বলা আছে তা করতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে? এই অবস্থার কারণে কি HRA-তে অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** আমাদেরকে **888-692-6116** নম্বরে ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন কোন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুযায়ী আপনার এই ধরনের সাহায্যের অনুরোধ করার অধিকার আছে।