



NEW YORK STATE Department of Health

access
NY
health care

স্বাস্থ্য বীমা
বয়স্ক ব্যক্তি, প্রতিবন্ধী ব্যক্তি এবং
সুনির্দিষ্ট অন্যান্য জনসাধারণের জন্য
আবেদনপত্র

নির্দেশাবলী

গোপনীয়তা বিবৃতি

সমস্ত তথ্য যা আপনি এই আবেদনপত্রে দিয়েছেন তা গোপন থাকবে। আপনি (আবেদনকারী) এবং আপনার পরিবারের সদস্যরা যোগ্য কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য এই তথ্য শুধুমাত্র যে ব্যক্তির দেখবেন তারা হলেন asistors এবং স্টেটের বা স্থানীয় এজেন্সি এবং স্বাস্থ্য পরিকল্পনাসমূহ। একজন তত্ত্বাবধায়ক বা রাজ্য বা স্থানীয় সংস্থা বা স্বাস্থ্য পরিকল্পনাসমূহ যাদের এই তথ্যের প্রয়োজন তাদের সাথে ছাড়া যে ব্যক্তি আপনাকে এই আবেদনের বিষয়ে সহায়তা করছেন তিনি এই তথ্যের ব্যাপারে কারোর সাথে আলোচনা করতে পারবেন না, তত্ত্বাবধায়ক বা স্টেটের বা স্থানীয় এজেন্সি।

এই আবেদনের উদ্দেশ্য

আপনি যদি চান যে আপনার চিকিৎসা খরচ স্বাস্থ্যবীমার আওতাভুক্ত হোক তাহলে এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করুন। এই আবেদনটিকে Medicaid, Family Planning Benefit Program-এর জন্য আবেদন করার কাজে বা আপনার স্বাস্থ্যবীমার প্রিমিয়াম প্রদান করার ক্ষেত্রে সহায়তা লাভ করার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে। আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী আপনার নিজের পরিবারের কোনও সদস্য আবেদন করতে পারেন।

কোনও বিশেষ ক্ষমতা রাখার জন্য আপনার যদি এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করতে সহায়তার প্রয়োজন হয় তাহলে আপনার (DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES) ফোন করুন। আপনার প্রয়োজন পূরণ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত ব্যবস্থা করতে তারা সবরকমভাবে প্রচেষ্টা করবেন।

আবেদনপত্রটি পূরণ করতে শুরু করার আগে অনুগ্রহ করে

সমগ্র আবেদন পত্রিকাটি পড়ুন। আপনার বয়স যদি 65 বছর বা তার বেশি হয়, আপনি যদি প্রত্যয়িতভাবে দৃষ্টিহীন হন, প্রত্যয়িতভাবে প্রতিবন্ধী হন বা সংস্হাগত হন এবং/অথবা আপনি যদি নাসিংহোম পরিচর্যা কভারেজের জন্য আবেদন করেন তাহলে আপনাকে অবশ্যই সাপ্লিমেন্ট A-এর সাথে এই আবেদনপত্রটি সম্পূর্ণ পূরণ করতে হবে। সাপ্লিমেন্ট A-তে ব্যাল্ডে থাকা টাকা বা আপনার সম্পত্তির মতো সংস্থানগুলির বিষয়ে প্রশ্ন থাকে। গর্ভবতী মহিলা বা 19 বছরের কম বয়সী কোনও ব্যক্তির জন্য পরিষেবা প্রদানকারীর মাধ্যমে আবেদন করার ক্ষেত্রেও এই আবেদনপত্রটি ব্যবহার করা হয়। আবেদনটি যদি কোনও গর্ভবতী মহিলা বা এমন কোনও শিশুর জন্য করা হয়ে থাকে যার বয়স 19 বছরের কম তাহলে কেবলমাত্র বিভাগ A থেকে G, I এবং J অবশ্যই পূরণ করতে হবে।

Medicaid-এর জন্য আবেদনকারী অন্য যেকোনও ব্যক্তিকে NY State Health দপ্তরের মাধ্যমে আবেদন করতে হবে। আপনি <https://nystateofhealth.ny.gov/>-এর মাধ্যমে NY State Health দপ্তরের ওয়েবসাইটে গিয়ে বা 1-855-355-5777 নম্বরে ফোন করে তাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন 1-855-355-5777।

আপনি যখনই আবেদনপত্রে **প্রমাণ পাঠান** শব্দগুলি দেখবেন তখন গ্রহণযোগ্য সহায়ক নথিপত্রের তালিকার জন্য "স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করার সময় প্রয়োজনীয় নথিপত্র" বিভাগের পৃষ্ঠা 4-6 দেখুন।

কীভাবে সহায়তা পেতে হয়

জনস্বাস্থ্যবীমার জন্য আবেদন করার সময়, আপনাকে আপনার ইন্টারভিউয়ের জন্য স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা দপ্তর (department of social services) বা Assistor কাছে যেতে হবে না, তবে এই আবেদনপত্রটি পূরণ করার বিষয়ে সাহায্যের জন্য আপনাকে একজন Assistor এর কাছে যেতে বা তার সাথে যোগাযোগ করতে হতে পারে। আপনি এই আবেদনপত্রটি পাওয়ার সময় বা 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করে Assistors একটি তালিকা পেতে পারেন। আপনি 1-800-541-2831 নম্বরে Medicaid সহায়তা লাইনেও ফোন করতে পারেন। সমস্ত সাহায্য বিনামূল্যে উপলব্ধ।

প্রবণ সংক্রান্ত সমস্যা থাকা ব্যক্তিদের জন্য 1-877-898-5849 TTY লাইন

আপনি এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার পরে আপনি যে কাউন্টিতে বসবাস করেন অনুগ্রহ করে এটি ডাকযোগে সেখানকার স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা দপ্তর (department of social services)-এ ফেরত পাঠান। https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

বিভাগ A

আবেদনকারীর তথ্য

যে ব্যক্তি স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করছেন আমাদেরকে তার সাথে যোগাযোগ করতে সক্ষম হতে হবে। সেই বাড়ির ঠিকানা যেখানে স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদনকারীরা বসবাস করেন। স্বাস্থ্য বীমা কার্ড এবং আপনার কেস সম্পর্কিত বিস্তারিত আপনি যে ঠিকানায় পেতে চান সেটি যদি ভিন্ন হয় তাহলে সেখানকার ঠিকানা দিন। আপনি যদি চান যে অন্য কেউ আপনার কেসের তথ্য পান এবং/অথবা আপনার কেসের ব্যাপারে আলোচনা করুন তাহলে আপনি তা আমাদেরকে জানাতে পারেন।

বিভাগ B

পারিবারিক তথ্য

অনুগ্রহ করে এমন সব ব্যক্তির বিষয়ে তথ্য প্রদান করুন যারা আপনার সাথে বসবাস করেন, এমনকি তারা যদি স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন নাও করেন তাহলেও। আপনার সাথে যারা বসবাসকারী প্রত্যেক ব্যক্তির তালিকা তৈরি করা গুরুত্বপূর্ণ যাতে আমরা যোগ্যতা অর্জন করার বিষয়ে সঠিক সিদ্ধান্ত নিতে পারি। বিয়ের আগের পদবি (বিয়ের আগের আইনি নাম) অন্তর্ভুক্ত করুন, যদি এটি ব্যক্তিটির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়। এছাড়া, যে শহর, রাজ্য এবং দেশে জন্মগ্রহণ করেছেন তা অন্তর্ভুক্ত করুন। কোনও ব্যক্তির জন্ম যদি United States-এর বাইরে হয়ে থাকে তাহলে যে দেশে জন্ম হয়েছে শুধু সেই দেশের নাম লিখুন। আবেদনকারী প্রত্যেক ব্যক্তির মায়ের বিয়ের আগের পদবি আমাদের প্রয়োজন। বিশেষ পরিস্থিতিতে এই তথ্য আবেদনকারী জন্মের প্রমাণ অর্জন করার জন্য ব্যবহার করা হতে পারে।

- **এই মহিলা কি গর্ভবতী?** যদি গর্ভবতী হন, তাহলে সন্তান কবে ভূমিষ্ঠ হতে চলেছে? এই তথ্য আপনার পরিবারের আকার সম্বন্ধে আমাদের জানতে সাহায্য করে। একজন গর্ভবতী মহিলাকে দু'জন ব্যক্তি হিসেবে গণনা করা হয়।
- **লাইন 1-এ উল্লেখ করা ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক।** লাইন 1-এ তালিকাবদ্ধ ব্যক্তির সাথে প্রত্যেক ব্যক্তি কীভাবে সম্পর্কযুক্ত তা ব্যাখ্যা করুন (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, সন্তান, সৎ-সন্তান, ভাই, বোন, ভাইবো, ভাইপো ইত্যাদি)
- **জনস্বাস্থ্য কভারেজ।** যদি আপনি বা আপনার সাথে বসবাস করেন এমন কোনও ব্যক্তি ইতিমধ্যেই Medicaid, (Family Planning Benefit Program) বা (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)-এর মতো অন্য কোনও জন সহায়তা ধরনে নাম নথিভুক্ত করে থাকেন বা আগে কখনও নাম নথিভুক্ত করিয়ে থাকেন তাহলে কোন প্রোগ্রামে করিয়েছেন তা আমাদের জানতে হবে। এছাড়াও, New York State বেনিফিট শনাক্তকরণ কার্ডে থাকা শনাক্তকরণ নম্বরটিও আমাদেরকে বলুন।
- **সামাজিক সুরক্ষা নম্বর।** সামাজিক সুরক্ষা নম্বর থাকলে তা প্রত্যেক আবেদনকারীকেই প্রদান করতে হবে। কোনও ব্যক্তির সামাজিক সুরক্ষা নম্বর না থাকলে এই বাক্সটিকে ফাঁকা রেখে দিন।
- **নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন সম্পর্কিত স্থিতি।** এই তথ্য শুধুমাত্র সেই ব্যক্তিদের জন্য প্রয়োজন যারা স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করছেন। স্বাস্থ্য বীমার জন্য যোগ্যতা অর্জন করতে, ব্যক্তির বয়স 19 বছর বা তার বেশি হতে হবে এবং অবশ্যই ইউএস-এর নাগরিক হতে বা আইনসম্মতভাবে বসবাস করতে হবে। আমরা যদি আপনার ইউএস-এর নাগরিকত্ব যাচাই করতে না পারি এবং বৈদ্যুতিন ডেটাবেসের মাধ্যমে আপনার পরিচয় শনাক্ত করতে না পারি তাহলে আমাদেরকে আপনার ইউএস-এর নাগরিকত্ব এবং পরিচয় সম্পর্কিত নথিপত্র দেখতে হবে। এই নথিপত্র আপনি কোথায় নিয়ে আসতে পারেন তা জানার জন্য অনুগ্রহ করে আপনার Social Security পরিষেবা দপ্তরের সাথে যোগাযোগ করুন বা 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করুন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আপনি যদি Medicare-এর আওতাভুক্ত না হন বা Social Security Disability লাভ করেন কিন্তু এখনও Medicare-এর জন্য যোগ্য না হয়ে থাকেন তাহলে নাগরিকত্ব বা পরিচয় সংক্রান্ত নথিপত্র দেখানোর প্রয়োজন নেই।
- **জাতি/জাতিগত গোষ্ঠী।** এই তথ্য ঐচ্ছিক এবং সমস্ত মানুষের যাতে প্রোগ্রামগুলিতে প্রবেশাধিকার থাকে তা এটি সুনিশ্চিত করবে। আপনি যদি এই তথ্য পূরণ করেন তাহলে আবেদনপত্রে প্রদর্শিত যে কোডটি প্রতিটি ব্যক্তির জাতি বা জাতিগত গোষ্ঠী সবথেকে ভালভাবে বর্ণনা করে সেটি ব্যবহার করুন। আপনি একাধিকও বেছে নিতে পারেন।

বিভাগ C পারিবারিক আয় (গ্রহণ করা অর্থ)

- এই বিভাগে, সমস্ত ধরনের আয় (গ্রহণ করা অর্থ) এবং আপনি বিভাগ B-তে যে ব্যক্তিদের নাম তালিকাভুক্ত করেছেন তাদের দ্বারা গ্রহণ করা অর্থরাশি তালিকাভুক্ত করুন।
- কর কেটে নেওয়ার আগে আপনি কত আয় করেন তা অনুগ্রহ করে আমাদেরকে জানান।
- আপনার বাড়িতে যদি কোনও অর্থরাশিই না আসে তাহলে আপনি কীভাবে খাওয়াদাওয়া এবং বাড়ির খরচের মতো জীবনধারণের খরচগুলি চালান তা ব্যাখ্যা করুন।
- আপনি চাকরি পরিবর্তন করেছেন কিনা অথবা আপনি শিক্ষার্থী কিনা তা আমাদের জানা প্রয়োজন।
- আপনি কাজে বা স্কুলে যাওয়ার সময় আপনার সন্তান বা প্রতিবন্ধী স্বামী/স্ত্রীকে দেখাশোনার করার জন্য কোনও ব্যক্তি বা ডে কেয়ার সেন্টারের মতো কোনও সংস্থাকে অর্থ প্রদান করেন কিনা তাও আমাদের জানা দরকার। আপনি যদি অর্থ প্রদান করেন তাহলে আমাদের জানা দরকার যে আপনি কত অর্থ প্রদান করেন। আমরা যে পরিমাণ অর্থকে আপনার উপার্জন হিসেবে বিবেচনা করি তার থেকে আপনি এই খরচ বাবদ যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন তা আমরা বাদ দিতে পারি।



বিভাগ D স্বাস্থ্য বীমা

আবেদনকারী ব্যক্তি অন্য কারোর স্বাস্থ্য বীমার আওতাভুক্ত কিনা বা আওতাভুক্ত হতে পারেন কিনা সেটি আমাদেরকে জানানো গুরুত্বপূর্ণ, কিছু আবেদনকারীর ক্ষেত্রে, আপনি স্বাস্থ্য বীমার জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন আমরা তা আপনার উপার্জন হিসেবে বিবেচনা করা অর্থ থেকে বাদ দিতে পারি; অথবা আমরা যদি মনে হয় যে আপনার স্বাস্থ্য বীমার প্রিমিয়ামের খরচ আমরা মিটিয়ে দিলে তা আপনার জন্য সুবিধাজনক হবে তাহলে আমরা সেটিও করতে পারি। আপনি যদি আপনার চাকরির মাধ্যমে বীমা পান বা পেতে পারেন তাহলে আমরা আপনার বীমার প্রিমিয়াম দিতে আপনাকে সাহায্য করতে পারি। আমাদের বীমা সম্বন্ধীয় আরও তথ্য একত্রিত করতে হবে এবং আমরা আপনাকে বীমা সম্পর্কিত একটি প্রশ্নাবলী ডাকযোগে প্রেরণ করব।

আপনি যদি আগামী তিন মাসের মধ্যে যদি আপনার বয়স 65 বছর বা তার বেশি 65 হয় তাহলে Medicare প্রোগ্রামের মাধ্যমে আপনি অতিরিক্ত চিকিৎসা সম্পর্কিত সুবিধা পাওয়ার অধিকারী হতে পারেন। Medicaid-এর জন্য যোগ্যতার শর্ত হিসেবে আপনাকে Medicare-এর জন্য আবেদন করতে হবে। Medicare হল সেই সকল ব্যক্তিদের জন্য একটি যুক্তরাষ্ট্রীয় বীমা প্রোগ্রাম যাদের বয়স 65 বছর বা তার বেশি এবং আয় নির্বিশেষে কিছু বিশেষ মানুষদের জন্য যারা প্রতিবন্ধী। কোনও ব্যক্তির যদি Medicare এবং Medicaid উভয়ই থাকে তাহলে Medicare প্রথম ক্ষেত্রে পেমেন্ট করে এবং Medicaid দ্বিতীয় ক্ষেত্রে। আপনাকে Medicare-এর জন্য আবেদন করতে হবে যদি:

- আপনি দীর্ঘ দিন যাবৎ রেচনজনিত সমস্যা (রেচনজনিত অসুখের শেষ পর্যায়/ESRD) বা Amyotrophic Lateral Sclerosis (অ্যামিওট্রফিক ল্যাটেরাল স্ক্লেরোসিস) (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)-এ আক্রান্ত হন; **অথবা**
- আপনি আগামী তিন মাসের মধ্যে 65 বছর বয়সী হচ্ছেন বা ইতিমধ্যেই আপনার বয়স 65 বছর বা তার বেশি হয়েছে এবং আপনার আয় Medicaid আয়ের স্তর (একা ব্যক্তি বা বিবাহিত দম্পতির পরিবারের আকারের উপর ভিত্তি করে)-এ বা তার নিচে রয়েছে। যদি তাই হয় তাহলে Medicaid প্রোগ্রাম আপনার প্রিমিয়াম প্রদান করতে পারে বা আপনি Medicare-এর জন্য যে প্রিমিয়াম দিয়েছেন তার ব্যয়পূরণ করতে পারে। Medicaid প্রোগ্রাম যদি আপনার প্রিমিয়ামের অর্থ প্রদান করতে বা ব্যয়পূরণ করতে পারে

তাহলে আপনাকে Medicaid-এর যোগ্যতার শর্ত হিসেবে Medicare-এর জন্য আবেদন করতে হবে। শুধুমাত্র নাগরিক এবং আইনসম্মত স্থায়ী বাসিন্দারা যারা U.S.-তে একটানা 5 বছরের বেশি বসবাস করছেন তাদের অবশ্যই Medicare-এর জন্য আবেদন করা উচিত। বহু অভিবাসী এবং নাগরিক নয় এমন ব্যক্তিদেরকে Medicare-এর জন্য আবেদন করতে হবে না।

বিভাগ E বাসস্থান সম্পর্কিত খরচ

বাসস্থানের জন্য মাসে আপনার যে পরিমাণ অর্থ খরচ হয় তা লিখুন। আপনার বাড়ি ভাড়া, বন্ধকের জন্য পেমেন্ট করতে মাসে যে পরিমাণ অর্থ খরচ হয় বা বাসস্থান সম্পর্কিত অন্যান্য খাতে আপনার যে পরিমাণ অর্থ খরচ হয় তা এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত। আপনাকে যদি বন্ধকের জন্য অর্থ প্রদান করতে হয় তাহলে আপনি সেই বাবদ আমাদেরকে যে অর্থরাশি বলবেন তার মধ্যে সম্পত্তি কর অন্তর্ভুক্ত করুন। আপনি যদি আপনার বাড়ি ভাড়ার খরচ কারোর সাথে শেয়ার করেন বা বাড়ি ভাড়ার ক্ষেত্রে কোনও ভর্তুকি পান তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদের জানান যে বাড়ি ভাড়া বা বন্ধকীর জন্য আপনি ঠিক কতটা অর্থ প্রদান করেন। আপনাকে যদি জলের জন্য অর্থ প্রদান করতে হয় তাহলে আমাদেরকে জানান যে আপনি কত অর্থ প্রদান করেন এবং কত ঘনঘন তা প্রদান করেন।

বিভাগ F দৃষ্টিহীন, প্রতিবন্ধী, দীর্ঘ দিন যাবৎ অসুস্থ বা নার্সিং হোম পরিচর্যা

প্রত্যেক আবেদনকারীর জন্য কোন প্রোগ্রামটি সর্বোত্তম এবং কোন পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হতে পারে তা ঠিক করতে এই প্রশ্নগুলি আমাদেরকে সাহায্য করে। এমন কোনও ব্যক্তি যিনি বিশেষভাবে সক্ষম, গুরুতর অসুস্থ বা যার চিকিৎসার জন্য প্রচুর পরিমাণে খরচ হচ্ছে, তিনি আরও বেশি স্বাস্থ্য পরিষেবা পেতে পারেন। কোনও অসুস্থতা বা অবস্থার জন্য আপনার দৈনন্দিন কার্যকলাপ যদি কমপক্ষে 12 মাসের জন্য সীমাবদ্ধ হয়ে থাকে বা তেমন সম্ভবনা থাকে তার অর্থ হল আপনার মধ্যে বিশেষ সক্ষমতা থাকতে পারে। আপনি যদি দৃষ্টিহীন, প্রতিবন্ধী, দীর্ঘ দিন যাবৎ অসুস্থ হন বা আপনার যদি নার্সিং হোম পরিচর্যার প্রয়োজন হয় তাহলে আপনাকে সাপ্লিমেন্ট A পূরণ করতে হবে। আপনি বা আবেদনকারী অন্য কেউ যদি দৃষ্টিহীন, প্রতিবন্ধী, দীর্ঘ দিন যাবৎ অসুস্থ না হন বা নার্সিং হোম পরিচর্যার প্রয়োজন না হয় তাহলে বিভাগ G-তে যান।

বিভাগ G স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অতিরিক্ত প্রশ্নাবলী

আপনার কাছে যদি গত তিন মাসের পেমেন্ট করা বা করা বিল থাকে তাহলে Medicaid সেই খরচগুলি প্রদান করতে পারে। এই বিলগুলি কার জন্য এবং কোন মাসের বিল তা আমাদেরকে জানান। আবেদনপত্রের সাথে চিকিৎসার বিলের প্রতিলিপি দিন। **দ্রষ্টব্য:** এই তিন মাস সময়টি শুরু হয় সেদিন থেকে যেদিন স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা দপ্তর আপনার আবেদন গ্রহণ করে বা আপনি আবেদন করার জন্য যেদিন কোনও assistor সাথে মিলিত হন। বিগত যে মাসগুলির জন্য আপনাকে কাছে চিকিৎসার বিল রয়েছে সেই সময়



আপনার উপার্জন কেমন ছিল তা আপনাকে আমাদের জানাতে হবে যাতে আমরা এটা দেখতে পারি যে সেই সময় আপনি যোগ্য ছিলেন কিনা। বিগত তিন মাস আপনি কোথায় বসবাস করেছেন তাও আমরা জানতে চাইব কারণ এই বিগত দিনের বিলগুলি পেয়ে নষ্ট করার আমাদের ক্ষমতা এর কারণে প্রভাবিত হতে পারে। কোনও সীমাংসা না হওয়া মামলা আছে কিনা বা অন্য কোনও ব্যক্তির কারণে হওয়া কোনও স্বাস্থ্য সমস্যা আছে কিনা তা আমরা জিজ্ঞাসা করব, কারণ আপনার চিকিৎসার খরচের কিছু অংশ যদি অন্য কাউকে প্রদান করতে হয় তাহলে তা যাতে আমরা জানতে পারি।

বিভাগ H মাতা-পিতা বা স্বামী/স্ত্রী পরিবারটির সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন

- **কোনও আবেদনকারীর স্বামী/স্ত্রী বা পিতামাতা না থাকেন তাহলে আপনাকে অবশ্যই এই বিভাগটি পূরণ করতে হবে যাতে আমরা এটি দেখতে পারি যে আপনার বা আপনার সন্তানের জন্য চিকিৎসা সহায়তা উপলভ্য আছে কিনা।**
- **আপনি যদি গর্ভবতী হন তাহলে আপনার সন্তানের জন্মের 60 দিন পর্যন্ত আপনাকে এই প্রশ্নগুলির উত্তর দিতে হবে না।** অন্য যেসকল ব্যক্তি আবেদন করছেন এবং বয়স 21 বা তার বেশি তাদেরকে আবেদন করা নাবালক বা বাড়ির বাইরে বসবাস করা স্বামী/স্ত্রী-এর জন্য অবশ্যই পিতা বা মাতার যেকোনও একজনের তথ্য প্রদান করতে হবে স্বাস্থ্য বীমার যোগ্যতা অর্জন করার জন্য, যদি না অন্য কোনও উপযুক্ত কারণ থাকে। "উপযুক্ত কারণ"-এর একটি উদাহরণ হল আপনার বা পরিবারের কোনও সদস্যের শারীরিক বা মানসিক ক্ষতি হওয়ার ভয়। প্রশ্ন 2, 21 বছর বয়সী যেকোনও আবেদনকারী সন্তানের **পিতামাতা** -কে বোঝায়। প্রশ্ন 3 যেকোনও আবেদনকারীর **স্বামী/স্ত্রী**-কে বোঝায়।
- **আবেদনকারী পিতামাতা যদি** এই তথ্য দিতে ইচ্ছুক না হন তাহলেও আবেদনকারী সন্তান Medicaid-এর জন্য যোগ্য হতে পারেন।

বিভাগ I হেলথ প্ল্যান নির্বাচন

হেলথ প্ল্যান কী? আপনাকে যদি Medicaid-এর জন্য যোগ্য হিসেবে বিবেচনা করা হয় তাহলে আপনাকে একটি ম্যানেজড কেয়ার হেলথ প্ল্যানের মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজ নিতে হতে পারে। সদস্যদের উচ্চ মানের স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদান করার জন্য ম্যানেজড কেয়ার হেলথ প্ল্যান ডাক্তার, ক্লিনিক, হাসপাতাল এবং ওষুধের দোকানের একটি নেটওয়ার্কের সাথে কাজ করার মাধ্যমে আপনাকে পরিচর্যা প্রদান করবে। আপনি যখন কোনও প্লানে যোগ দেন তখন আপনার দৈনন্দিন স্বাস্থ্য এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজনগুলির খেয়াল রাখার জন্য আপনি একজন ডাক্তার (প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী বা PCP) বেছে নেন। আপনি যদি আপনার ডাক্তারকে রেখে দিতে চান তাহলে আপনাকে এমন একটি প্ল্যান বেছে নিতে হবে যেটিতে আপনার ডাক্তার যুক্ত আছেন। ম্যানেজড কেয়ার হেলথ প্ল্যান প্রতিরোধমূলক পরিচর্যার প্রতি মনোযোগ দেয় যাতে ছোটখাটো সমস্যাগুলি বড় সমস্যা না হয়ে ওঠে। আপনার যদি বিশেষজ্ঞের প্রয়োজন হয় তাহলে PCP আপনাকে আপনার প্ল্যানের নেটওয়ার্কের থাকা কোনও একজন ডাক্তারকে রেফার করবে।

কাকে অবশ্যই একটি হেলথ প্ল্যান বেছে নিতে হবে? বেশিরভাগ মানুষ যারা Medicaid-এর জন্য যোগ্য তাদেরকে **অবশ্যই** তাদের চিকিৎসা সংক্রান্ত সুবিধা সবথেকে বেশি পাওয়ার জন্য একটি হেলথ প্ল্যান বেছে নিতে হবে। এই বিষয়ে আরও তথ্য কীভাবে পাওয়া যায় তা জানার জন্য পড়তে থাকুন।

কোন হেলথ প্ল্যানটি বেছে নেওয়া উচিত এবং কোনটিতে আমি নাম নথিভুক্ত করতে পারি তা আমি কীভাবে জানব?

Medicaid-এর ক্ষেত্রে, ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যানগুলি কীভাবে কাজ করে, আপনাকে যদি যোগ দিতে হয় এবং কীভাবে প্ল্যান নির্বাচন করবেন সেই সম্বন্ধে জানতে **1-800-505-5678**, নম্বরে **Medicaid CHOICE**-এ ফোন করুন অথবা আপনার স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা দপ্তরে গিয়ে দেখা করুন। ম্যানেজড কেয়ার সম্পর্কিত শিক্ষামূলক প্যাকেট চান। হেলথ প্ল্যান সম্পর্কিত তথ্য NYS Department of Health ওয়েবসাইট www.nyhealth.gov-এ উপলভ্য। আপনি **1-800-505-5678** নম্বরে ফোন করেও নাম নথিভুক্ত করতে পারেন।

দ্রষ্টব্য: যদি দেখা যায় যে আপনি বা পরিবারের কোনও সদস্য Medicaid-এর জন্য যোগ্য এবং তারা যদি American Indian/Alaska(আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলস্কা)-এর আদি বাসিন্দা হন তাহলে আপনাকে হেলথ প্লানে যোগদান করতে হবে না। তাও আপনার নাম আপনার বেছে নেওয়া হেলথ প্লানে নথিভুক্ত **থাকবে**, তবে যদি না আপনি নথিভুক্ত হতে চাই না লেখা বাক্সটিতে টিক চিহ্ন না দেন বা ফোন করে বা আপনার স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা দপ্তরে গিয়ে আমাদেরকে জানান যে আপনি নথিভুক্ত হতে চান না।

বিভাগ J স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে এই বিভাগের অনুচ্ছেদটি ভাল করে পড়ুন এবং **শর্তাবলী, অধিকার এবং দায়দায়িত্ব** বিভাগটিও পড়ুন। আপনাকে অবশ্যই এই আবেদনপত্রটিতে তারিখ দিয়ে স্বাক্ষর করতে হবে। আপনি যে কাউন্টিতে বসবাস করেন সেখানকার স্থানীয় local department of social services আবেদনপত্রটি পাঠাতে ভুলবেন না।

স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করার সময় প্রয়োজনীয় নথি

আবেদনকারীর নাম _____

আবেদন করার তারিখ _____

***সমস্ত প্রয়োজনীয় আইটেম না পাওয়া পর্যন্ত আপনার নাম নথিভুক্তিকরণ সম্পূর্ণ হবে না।** এই আইটেমগুলির কোনও একটি যদি পেতে যদি আপনার সমস্যা হয় তাহলে আমাদেরকে জানান। আপনাকে এই নথিগুলির **সবকটি** আমাদেরকে দেখাতে হবে না। আমাদের কেবলমাত্র সেই নথিগুলি চাই যেগুলি আপনার বা আবেদনকারী অন্যান্য ব্যক্তির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। আমরা যদি আপনার ইউএস-এর নাগরিকত্ব যাচাই করতে না পারি এবং বৈদ্যুতিন ডেটাবেসের মাধ্যমে আপনার পরিচয় শনাক্ত করতে না পারি তাহলে আমাদেরকে আপনার ইউএস-এর নাগরিকত্ব এবং পরিচয় সম্পর্কিত নথিপত্র দেখতে হবে। অনুগ্রহ করে ইউএস-এর নাগরিকত্ব বা পরিচয়ের আসল নথি আমাদের কাছে ডাকযোগে পাঠাবেন না। যোগ্যতা নির্ধারণ করার জন্য প্রয়োজনীয় নথিপত্রগুলি প্রতিলিপি আপনার আবেদনপত্রের সাথে ডাকযোগে পাঠানো যেতে পারে বা Local department of social services দপ্তরে জমা দেওয়া যেতে পারে। নথিপত্রগুলি আপনি কোথায় নিয়ে আসতে পারেন তা জানার জন্য অনুগ্রহ করে আপনার Local department of social services সাথে যোগাযোগ করুন বা 1-800-698-4543 নম্বরে ফোন করুন।

আপনাকে পরিচয়, ইউএস-এর নাগরিকত্ব এবং/অথবা অভিবাসন স্থিতি এবং জন্মতারিখ-এর প্রমাণ প্রদান করতে হবে।

ইউএস-এর নাগরিকত্ব, পরিচয় এবং জন্মতারিখ প্রমাণ করার জন্য আপনি নিম্নলিখিত নথিপত্রগুলির মধ্যে থেকে যেকোনও একটি প্রদান করতে পারেন।

- U.S. পাসপোর্ট/কার্ড
- নাগরিকত্ব প্রদানের প্রমাণপত্র (DHS ফর্ম N-550 বা N-570)
- মার্কিন নাগরিকত্বের প্রমাণপত্র (DHS ফর্ম N-560 বা N-561)
- নিউ ইয়র্ক শহরের উন্নতমানের ড্রাইভার্স লাইসেন্স (Enhanced Driver's License, EDL)।
- যুক্তরাষ্ট্রীয়ভাবে মান্যতাপ্রাপ্ত কোনও আদিবাসী গোষ্ঠীর দ্বারা ইস্যু করা স্থানীয় আমেরিকান আদিবাসী সংক্রান্ত নথি

উপরিউক্ত কোনও নথিপত্রই যদি না থাকে তাহলে আপনার নাগরিকত্ব এবং / অথবা পরিচয় প্রমাণ করার জন্য ইউএস-এর নাগরিকত্ব তালিকা থেকে একটি এবং পরিচয় তালিকা থেকে একটি নথি ব্যবহার করা যেতে পারে। এই তালিকাটিতে সবকিছু নেই। আপনার কাছে যদি এই নথিপত্রগুলির একটিও না থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে নির্দেশাবলীর মধ্যে থাকা "কীভাবে সহায়তা পেতে হয়" বিভাগটি দেখুন।

যে নথিপত্রগুলির পাশে * চিহ্ন থাকে সেগুলি জন্মতারিখও প্রদর্শন করে

ইউএস-এর নাগরিকত্ব (একটি প্রদান করুন)

- ইউএস-এর জন্মের প্রমাণপত্র*
- স্টেট দপ্তর দ্বারা ইস্যু করা জন্মের প্রমাণপত্র (ফর্ম FS-545 অথবা DS-1350)*
- বিদেশে জন্ম হওয়া সম্পর্কিত রিপোর্ট (FS-240)
- ইউএস-এর জাতীয় পরিচয়পত্র (ফর্ম I-197 বা I-179)
- ধর্মীয়/স্কুল রেকর্ড*
- U.S.-তে জন্ম হওয়ার স্থান প্রদর্শন করে এমন সামরিক সেবার রেকর্ড
- গ্রহণ করার চূড়ান্ত ডিক্রি
- 2000 সালের শিশু নাগরিকত্ব আইনের অধীনে ইউএস-এর নাগরিকত্ব লাভের যোগ্যতা অর্জন করার প্রমাণ

এবং

পরিচয় (একটি প্রদান করুন)

- স্টেট ড্রাইভার্স লাইসেন্স বা সচিত্র পরিচয়পত্র*
- যুক্তরাষ্ট্রীয়, স্টেট বা স্থানীয় এজেন্সি দ্বারা ইস্যু করা পরিচয়পত্র
- ইউএস-এর সামরিক কার্ড বা ড্রাফ্ট রেকর্ড বা ইউএস-এর কোস্ট গার্ড মার্চেন্ট মেরিনার কার্ড
- স্কুলের সচিত্র পরিচয়পত্র (জন্মতারিখও লেখা থাকতে পারে)
- ভারতীয় মূলের ডিগ্রীর শংসাপত্র বা অন্যান্য আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কা-এর স্থানীয় আদিবাসী হওয়ার সচিত্র পরিচয়পত্র
- স্কুল, নার্সারি অথবা ডে-কেয়ারের যাচাই করা রেকর্ড (18 বছরের কম বয়সীদের জন্য) (জন্মতারিখও থাকে)
- ক্লিনিক, ডাক্তার বা হসপিটালের রেকর্ড (18 বছরের কম বয়সীদের জন্য)*

আপনার জন্মতারিখ দেখা যেতে পারে এমন কোনও নথি যদি আপনার কাছে না থাকে তাহলে আপনি নিম্নলিখিত আইটেমগুলির মধ্যে থেকে যেকোনও একটি জমা করতে পারেন:

- বিবাহের প্রমাণপত্র
- NYS Benefit Identification Card

*অনুগ্রহ করে সমস্ত প্রয়োজনীয় নথিপত্র -এর মধ্যে ফেরত পাঠান: _____

অন্যথায় আবেদন খারিজ হয়ে যেতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করার সময় প্রয়োজনীয় নথি

আপনি যদি ইউএস-এর নাগরিক না হন

নিচের তালিকায় আপনার অভিবাসন স্থিতি প্রদর্শন করার জন্য ব্যবহৃত বেশ কিছু সাধারণ United States Citizenship and Immigration Services, USCIS ফর্ম আছে। এই তালিকায় সবকিছু নেই। আপনার কাছে যদি এই নথিপত্রগুলির একটিও না থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে নির্দেশাবলীর মধ্যে থাকা “কীভাবে সহায়তা পেতে হয়” বিভাগটি দেখুন।

অভিবাসন স্থিতি, পরিচয় এবং আপনার জন্ম তারিখের প্রমাণ পাওয়ার জন্য আমাদেরকে নিম্নলিখিত নথিপত্রগুলির একটি দেখাতে হবে। আপনাকে প্রমাণ করতে হবে যে পাশে

* আছে এমন তিনটি নথিতে জন্ম তারিখও থাকে

অভিবাসন স্থিতি/পরিচয়

- I-551 স্থায়ী আবাসিক কার্ড (“গ্রিন কার্ড” (“Green Card”))*
- I-688B বা I-766 কর্মসংস্থান অনুমোদন কার্ড (Employment Authorization Card)*

অভিবাসনের স্থিতি, তবে এর সাথে একটি অতিরিক্ত পরিচয়ের প্রমাণ সম্পর্কিত নথি প্রয়োজন

- I-94 আগমন/প্রস্থান-এর রেকর্ড*
- USCIS Form I-797 পদক্ষেপের বিজ্ঞপ্তি

DOB/পরিচয়, তবে এর সাথে একটি অতিরিক্ত অভিবাসন স্থিতি সম্পর্কিত নথি প্রয়োজন

- ভিসা
- ইউএস পাসপোর্ট

বাড়ির ঠিকানা: আপনি আবেদনপত্রের বিভাগ A-তে যে ঠিকানা লিখেছেন সেটির সাথে এই ঠিকানাটিতে মিলতে হবে। আবেদনটিতে যেদিন স্বাক্ষর করেছেন প্রমাণ তার থেকে ছয় মাসের বেশি পুরনো হওয়া যাবে না।

- ইজারা/ চিঠি/ বাড়ির ঠিকানা সহ বাড়ির মালিকের থেকে নেওয়া বাড়ি ভাড়ার রসিদ
- ইউটিলিটি বিল (গ্যাস, বিদ্যুৎ, ফোন, কেবল, জ্বালানী বা জল)
- সম্পত্তি করের রেকর্ড বা বন্ধকীর বিবৃতি
- ড্রাইভার্স লাইসেন্স (যদি গত 6 মাসের মধ্যে ইস্যু হয়ে থাকে)
- ঠিকানা সহ সরকারি পরিচয়পত্র
- পোস্টমার্ক করা খাম বা পোস্ট কার্ড (যদি পি.ও. বক্সে পাঠানো হয়ে থাকে তাহলে ব্যবহার করা যাবে না)

বর্তমান আয়ের প্রমাণ অথবা ভবিষ্যতে আপনি যে অর্থ পেতে পারেন তার প্রমাণ যেমন বেকারভাতা বা মামলা কারণে হতে পারে এমন উপার্জন: আপনাকে উপার্জন প্রদান করে এমন নিয়োগকারী, ব্যক্তি বা এজেন্সির থেকে আপনাকে চিঠি, লিখিত বিবৃতি বা চেক বা স্টাম্পের প্রতিলিপি নিয়ে জমা করতে হবে। আমাদেরকে এই সবকিছু নথি দেখাতে হবে না, শুধুমাত্র আপনার এবং আপনার সাথে বসবাসকারী ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে যেটি প্রযোজ্য শুধুমাত্র সেগুলি দেখান।

আপনার প্রত্যেক ধরনের আয়ের জন্য একটি করে প্রমাণ প্রয়োজন। কর কেটে নেওয়া বা অন্য কিছু বাদ যাওয়ার আগের সর্বশেষ আয়ের প্রমাণ প্রদান করুন। প্রমাণপত্রটিতে তারিখ এবং কর্মীর নাম থাকতে হবে এবং বেতনের সময়কালের জন্য মোট আয় উল্লেখ করা থাকতে হবে। আপনি সাপ্তাহিক, পাক্ষিক বা মাসিক যেভাবেই পেমেন্ট পান না কেন, প্রমাণপত্রটি গত চার সপ্তাহের হতে হবে। এটি সাম্প্রতিক হওয়া গুরুত্বপূর্ণ।

মজুরি এবং বেতন

- পে-চেক স্টাম্প
- কোম্পানির লেটারহেডে স্বাক্ষর ও তারিখ সহ নিয়োগকারীর থেকে নেওয়া চিঠি
- ব্যবসা/পে-রোল রেকর্ড

স্বনিযুক্ত

- স্বাক্ষর এবং তারিখ সহ সাম্প্রতিক আয়কর রিটার্ন এবং সমস্ত অনুসূচী
- আয় ও ব্যয়ের রেকর্ড/ব্যবসার রেকর্ড

বেকারভাতা

- মঞ্জুর হওয়ার চিঠি/শংসাপত্র
- NYS Department of Labor থেকে পাওয়া মাসিক সুবিধার বিবৃতি
- NYS Department of Labor ওয়েবসাইট (www.labor.ny.gov) থেকে প্রিন্ট নেওয়া প্রাপকের অ্যাকাউন্টের তথ্য
- প্রিন্টআউট সহ ডায়রেক্ট পেমেন্ট কার্ডের প্রতিলিপি
- NYS Department of Labor থেকে পাওয়া চিঠি

ব্যক্তিগত পেনশন/বার্ষিক বৃত্তি

- পেনশন/বার্ষিক বৃত্তির বিবৃতি

সামাজিক সুরক্ষা

- মঞ্জুর হওয়ার চিঠি/শংসাপত্র
- বার্ষিক সুবিধার বিবৃতি
- Social Security Administration থেকে পাওয়া চিঠি

কর্মীর ক্ষতিপূরণ

- মঞ্জুর হওয়ার চিঠি
- চেক স্টাম্প

শিশুর জন্য সহায়তা/খোরপোষ

- সহায়তা প্রদানকারী ব্যক্তির থেকে পাওয়া চিঠি
- আদালতের থেকে পাওয়া চিঠি
- শিশুর জন্য সহায়তা/খোরপোষ চেক স্টাম্প
- প্রিন্টআউট সহ NY EPPICard-এর কপি
- www.childsupport.ny.gov থেকে শিশু সহায়তা অ্যাকাউন্টের তথ্যের প্রতিলিপি
- প্রত্যক্ষ জমা প্রদর্শন করে এমন ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্টের প্রতিলিপি

বয়স্কদের দেওয়া সুবিধা

- মঞ্জুর হওয়ার চিঠি
- সুবিধা চেক স্টাম্প
- ভেটেরেনারি অ্যাফেয়ার্স থেকে পাওয়া চিঠি

মিলিটারি পে

- মঞ্জুর হওয়ার চিঠি
- চেক স্টাম্প

ভাড়া বা ঘর/বোর্ড থেকে হওয়া আয়

- রুম ভাড়া নেওয়া ব্যক্তি, বোর্ডার, ভাড়াটের থেকে পাওয়া চিঠি
- চেক স্টাম্প

সুদ/লভ্যাংশ/রয়্যালটি

- ব্যাঙ্ক, ক্রেডিট ইউনিয়ন বা আর্থিক প্রতিষ্ঠানের থেকে নেওয়া সাম্প্রতিক স্টেটমেন্ট
- ব্রোকারের থেকে পাওয়া চিঠি
- এজেন্টের থেকে পাওয়া চিঠি
- 1099 অথবা ট্যাক্স রিটার্ন (যদি অন্য কোনও নথিপত্র না থাকে)

স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করার সময় প্রয়োজনীয় নথি

আপনি কাজে থাকাকালীন আপনার সন্তানের বা পরিবারের কোনও প্রাপ্তবয়স্ক সদস্যের পরিচর্যার জন্য আপনি যদি অর্থ প্রদান করে থাকেন তাহলে নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে থেকে একটি প্রদান করুন:

- ডে-কেয়ার সেন্টার বা অন্যান্য শিশু/প্রাপ্তবয়স্কদের পরিচর্যা প্রদানকারীদের থেকে লিখিত বিবৃতি
- বাতিল করা চেক বা রসিদ যা আপনার পেমেন্টগুলিকে দেখায়

আপনাকে বা আপনার স্বামী/স্ত্রীকে যদি আদালতের আদেশ অনুসারে সহায়তা প্রদান করতে হয় তাহলে আপনাকে অবশ্যই নিম্নলিখিতগুলি প্রদান করতে হবে:

- আদালতের আদেশ

স্বাস্থ্য বীমার প্রমাণ, প্রযোজ্য সবকটি প্রদান করুন:

- বর্তমান বীমার প্রমাণ (বীমা পলিসি, বীমার শংসাপত্র বা বীমা কার্ড)
- স্বাস্থ্য বীমা খারিজ হওয়ার চিঠি
- Medicare কার্ড (লাল, সাদা এবং নীল কার্ড)
- Medicare-এর জন্য করা আবেদনের নিশ্চিতকরণ
- Medicare মঞ্জুর বা অননুমোদন করার চিঠি

আপনার কাছে যদি গত তিন মাসের চিকিৎসার বিল থাকে তাহলে নিম্নলিখিত সবকটি প্রদান করুন (যদি প্রযোজ্য হয়):

গত তিন মাসের চিকিৎসার খরচ পাওয়ার যোগ্য কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য:

- যে মাস(গুলি)-এ খরচ করা হয়েছে সেই মাস(গুলি)-এ করা আয়ের প্রমাণ
- যে মাস(গুলি)-এ খরচ হয়েছে সেই মাসগুলিতে বসবাস করা আবাসনের প্রমাণ/বাড়ির ঠিকানা, যদি সেই ঠিকানা বিভাগ-A-তে তালিকাভুক্ত করা ঠিকানার থেকে আলাদা হয়
- গত তিন মাসের চিকিৎসার বিল, তার জন্য আপনি অর্থ প্রদান করে থাকুন বা না থাকুন

সংস্থানসমূহ (আপনার বয়স যদি 65 বছর বা তার বেশি হয়, প্রমাণিতভাবে দৃষ্টিহীন বা প্রতিবন্ধী হন এবং 21 বছরের কম বয়সী কোনও সন্তান যদি আপনার সাথে না বসবাস করে শুধুমাত্র তাহলেই)

- ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট: চেকিং, সেভিংস, অবসর গ্রহণ (IRA এবং Keogh)
- স্টক, বন্ড, সার্টিফিকেট স্টেটমেন্ট
- জীবন বীমা পলিসির প্রতিলিপি
- কবর দেওয়ার ট্রাস্ট অথবা কবর দেওয়ার প্লটের তহবিলের চুক্তির বা শেষকৃত্যের চুক্তি
- বাসস্থান ছাড়া ভূসম্পত্তি জন্য চুক্তি

কলেজে পাঠরত শিক্ষার্থী কর্মরত হলে তাদের শিক্ষার্থী হওয়ার প্রমাণ:

- অনুসূচীর প্রতিলিপি
- কলেজ বা ইউনিভার্সিটি থেকে পাওয়া বিবৃতি
- কলেজের থেকে পাওয়া অন্যান্য চিঠিপত্র যাতে শিক্ষার্থীদের স্থিতি প্রদর্শিত হয়

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid

নীল বা কালো কালি দিয়ে স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করুন। অসম্পূর্ণ আবেদন প্রক্রিয়া করা যাবে না এবং এর ফলে আপনার আবেদনের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে দেরি হবে।

বিভাগ A

আবেদনকারীর তথ্য

আপনি কে এবং কীভাবে আপনার সাথে যোগাযোগ করা যায় অনুগ্রহ করে তা আমাদেরকে বলুন।

আইনি নাম	মাতার আদ্যক্ষর	আইনি পদবি
প্রাইমারি ফোন # <input type="checkbox"/> বাড়ি <input type="checkbox"/> সেল <input type="checkbox"/> কর্মক্ষেত্র <input type="checkbox"/> অন্যান্য	অন্য ফোন # <input type="checkbox"/> বাড়ি <input type="checkbox"/> সেল <input type="checkbox"/> কর্মক্ষেত্র <input type="checkbox"/> অন্যান্য	আপনি কোন ভাষায় কথা বলেন? পড়েন?
যে ব্যক্তির স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করছেন তাদের বাড়ির ঠিকানা প্রমাণ পাঠান <input type="checkbox"/> গৃহহীন হলে এখানে টিক চিহ্ন দিন	রাস্তা শহর	অ্যাপ্ট.# স্টেট জিপ কোড কাউন্টি
যে ব্যক্তির স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করছেন তাদের চিঠি পাঠানোর ঠিকানা	রাস্তা শহর	অ্যাপ্ট.# স্টেট জিপ কোড
ঐচ্ছিক: যদি এমন অন্য কোনও ব্যক্তি থাকেন যার কাছে আপনি Medicaid বিজ্ঞপ্তিগুলি নিতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে সেই ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্য প্রদান করুন। আমি চাই এই ব্যক্তি: <input type="checkbox"/> আমার জন্য Medicaid-এর আবেদন এবং/অথবা পুনর্নবীকরণ করুন <input type="checkbox"/> প্রয়োজন হলে আমার Medicaid-এর জন্য করা আবেদনপত্র এবং কেস নিয়ে আলোচনা করা <input type="checkbox"/> বিজ্ঞপ্তি এবং চিঠিপত্র পান	নাম রাস্তা শহর	স্টেট অ্যাপ্ট.# জিপ কোড ফোন # <input type="checkbox"/> বাড়ি <input type="checkbox"/> সেল <input type="checkbox"/> কর্মক্ষেত্র <input type="checkbox"/> অন্যান্য

গুরুত্বপূর্ণ বিজ্ঞপ্তি

দৃষ্টিহীন বা দৃষ্টিশক্তি সম্পর্কিত সমস্যায় আক্রান্ত আবেদনকারীদের জন্য বিকল্প উপলব্ধ

আপনি যদি দৃষ্টিহীন বা দৃষ্টিশক্তি সম্পর্কিত সমস্যায় আক্রান্ত হন এবং বিকল্প বিন্যাসের বিষয়ে আপনার যদি তথ্যের প্রয়োজন হয় তাহলে আপনি আমাদের থেকে যে ধরনের চিঠিপত্র পেতে চান সেটিতে ঠিক চিহ্ন দিন।

- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং বিশাল আকারে প্রিন্ট করা বিজ্ঞপ্তি
- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং ডেটা CD বিজ্ঞপ্তি
- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং অডিও CD বিজ্ঞপ্তি
- সাধারণ বিজ্ঞপ্তি এবং ব্রেইল বিজ্ঞপ্তি, আপনার যদি মনে হয় যে অন্যান্য বিকল্প বিন্যাসগুলির কোনটাই আপনার জন্য উপযুক্ত নয় আপনার যদি অন্য কোনও ব্যবস্থার প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সামাজিক পরিষেবা জেলার সাথে যোগাযোগ করুন।

NEW YORK STATE MEDICAID কর্মসূচি দ্বারা পরিচালিত সুবিধাগুলির জন্য আবেদনগুলির (THE MEDICARE SAVINGS PROGRAM এবং THE FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM সহ) বড় মুদ্রণ এবং ডেটা বিন্যাসে উপলব্ধ। আবেদনগুলির অডিও এবং ব্রেইল সংস্করণগুলি কেবল তথ্যমূলক উদ্দেশ্যে উপলব্ধ।

বিভাগ B

পারিবারিক তথ্য

আপনি যদি পরিবারের সাথে বসবাস করেন, তাহলে নিজেকে দিয়ে শুরু করুন। যদি তা না করেন, তাহলে এমন কোনও প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তিকে দিয়ে শুরু করুন যিনি পরিবারের সাথে বসবাস করেন। আবেদনকারী ব্যক্তি বা ইতিমধ্যেই Medicaid পাচ্ছেন এমন ব্যক্তিদের সম্পূর্ণ আইনি নাম তালিকাভুক্ত করুন এবং তাদের Benefit Card বা হেলথ প্ল্যান আইডি কার্ড থেকে আইডি নম্বর তালিকাভুক্ত করুন। আপনাকে অবশ্যই পরিবারের সদস্যদের তথ্য প্রদান করতে হবে যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হল: পিতামাতা, সৎ-পিতামাতা এবং স্বামী/স্ত্রী। আপনি পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের তথ্যও প্রদান করতে পারেন (যেমন, কোনও নির্ভরশীল সন্তান যার বয়স 21 বছরের কম)। পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের তালিকাভুক্ত করলে তা আপনাকে উচ্চমাত্রার যোগ্যতার স্তর দিতে আমাদের সাহায্য করতে পারে। গর্ভবতী বা 19 বছরের কম বয়স এমন আবেদনকারীরা তাদের অভিবাসন স্থিতি নির্বিশেষে বীমার জন্য যোগ্যতা অর্জন করতে পারেন। New York State আপনার লিঙ্গ, লিঙ্গ পরিচয় বা অভিব্যক্তি নির্বিশেষে স্টেটের দ্বারা প্রদান করা সুযোগসুবিধা এবং/অথবা পরিষেবাগুলির প্রতি আপনার অধিকারকে সুনিশ্চিত করে। আপনি বা আপনার পরিবারের সদস্যরা কীভাবে বর্তমানে শনাক্ত করেন আপনি যদি আমাদের তা জানাতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে লিঙ্গ পরিচয়ও নির্বাচন করুন।

	জন্ম তারিখ প্রমাণ পাঠান লিঙ্গ	*লিঙ্গ পরিচয় (ঐচ্ছিক)	এই ব্যক্তি কি স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করছেন?	এই মহিলা কি গর্ভবতী?	এই ব্যক্তি কি আবেদনকারী সন্তানের পিতা/মাতা?	বয়স 1-এ থাকা ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক কী?	এই ব্যক্তির যদি জনস্বাস্থ্য কভারেজ থাকে বা অতীতে থেকে থাকে তাহলে প্রযোজ্য বয়সকে টিক চিহ্ন দিন।	সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (যদি আপনার থাকে)	অনুগ্রহ করে সেই বয়সটিতে টিক চিহ্ন দিন যেটি আপনার বর্তমান নাগরিকত্ব বা অভিবাসন স্থিতিতে ইঙ্গিত করে। প্রমাণ পাঠান	জাতি/ জাতিগত গোষ্ঠী (ঐচ্ছিক)	**IHS বা অন্য কোনও ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রোগ্রাম থেকে পরিষেবা গ্রহণ করছেন?
1	আইনি নাম, মধ্যবর্তী নাম, পদবি বিবাহের আগের সম্পূর্ণ নাম (জন্মের সময় থেকে বিয়ের আগে পর্যন্ত ব্যক্তির যে নাম ব্যবহার করতেন) শহর জন্ম হওয়া রাজ্য দেশের নাম	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> নন-বাইনারি/ নন-কনফর্মিং <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ট্রান্সজেন্ডার (উভয় লিঙ্গ) <input type="checkbox"/> ভিন্ন পরিচয় আপনার পরিচয় বর্ণনা করুন (ঐচ্ছিক)।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	নিজে <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus ID বেনিফিট কার্ড/ প্ল্যান কার্ডের নম্বর, যদি জানা থাকে:		<input type="checkbox"/> ইউএস-এর নাগরিক <input type="checkbox"/> অভিবাসী/অ-নাগরিক আপনি যে তারিখে আপনার অভিবাসন স্থিতি পেয়েছেন সেই তারিখটি লিখুন ____/____/____ মাস দিন বছর <input type="checkbox"/> অভিবাসী নন (ভিসা ধারণকারী) <input type="checkbox"/> উপরের কোনটিই নয়।	<input type="checkbox"/> B - স্বাদ বা আফ্রিকান- আমেরিকান <input type="checkbox"/> I - আমেরিকান ভারতীয় বা স্থানীয় আশঙ্কবাসী <input type="checkbox"/> W - যেতান <input type="checkbox"/> U - অজাত <input type="checkbox"/> **A - এশীয় <input type="checkbox"/> **U - শীঘ্র হওয়াইবাসী অথবা অন্যান্য প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী †অন্যান্য AAPI আপনি যদি হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো হন তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদেরকে তা জানান <input type="checkbox"/> H-হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
2	আইনি নাম, মধ্যবর্তী নাম, পদবি বিবাহের আগের সম্পূর্ণ নাম (জন্মের সময় থেকে বিয়ের আগে পর্যন্ত ব্যক্তির যে নাম ব্যবহার করতেন) শহর জন্ম হওয়া রাজ্য দেশের নাম	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> নন-বাইনারি/ নন-কনফর্মিং <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> ট্রান্সজেন্ডার (উভয় লিঙ্গ) <input type="checkbox"/> ভিন্ন পরিচয় আপনার পরিচয় বর্ণনা করুন (ঐচ্ছিক)।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus ID বেনিফিট কার্ড/ প্ল্যান কার্ডের নম্বর, যদি জানা থাকে:		<input type="checkbox"/> ইউএস-এর নাগরিক <input type="checkbox"/> অভিবাসী/অ-নাগরিক আপনি যে তারিখে আপনার অভিবাসন স্থিতি পেয়েছেন সেই তারিখটি লিখুন ____/____/____ মাস দিন বছর <input type="checkbox"/> অভিবাসী নন (ভিসা ধারণকারী) <input type="checkbox"/> উপরের কোনটিই নয়।	<input type="checkbox"/> B - স্বাদ বা আফ্রিকান- আমেরিকান <input type="checkbox"/> I - আমেরিকান ভারতীয় বা স্থানীয় আশঙ্কবাসী <input type="checkbox"/> W - যেতান <input type="checkbox"/> U - অজাত <input type="checkbox"/> **A - এশীয় <input type="checkbox"/> **U - শীঘ্র হওয়াইবাসী অথবা অন্যান্য প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী †অন্যান্য AAPI আপনি যদি হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো হন তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদেরকে তা জানান <input type="checkbox"/> H-হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

প্রমাণ পাঠান পরিচয়, নাগরিকত্ব বা অভিবাসন স্থিতি প্রমাণ করে এমন নথিপত্রের তালিকার জন্য পৃষ্ঠা 4-6-এ “আপনি স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করার সময় প্রয়োজনীয় নথিপত্র” অংশটি দেখুন।

*লিঙ্গ পরিচয়: লিঙ্গ পরিচয় হল আপনি নিজেকে কীভাবে দেখেন এবং আপনি নিজেকে কী বলেন। আপনার লিঙ্গ পরিচয় আপনার লিঙ্গের অনুরূপ বা ভিন্ন হতে পারে।

**আপনি যদি A- এশীয়, বা P- স্থানীয় হওয়াইবাসী অথবা প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী নির্বাচন করে থাকেন তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের অন্যান্য AAPI-এ তথ্য দেখুন।

†অন্যান্য এশীয় আমেরিকান/প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী (ঐচ্ছিক) - অনুগ্রহ করে আপনার AAPI উপগোষ্ঠী সনাক্ত করুন। এই কমিউনিটির মধ্যে থাকা উপগোষ্ঠীতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়: চাইনিজ, জাপানিজ, ফিলিপিনো, কোরিয়ান, ভিয়েতনামী, কম্বোডিয়ান, ইন্দোনেশিয়ান, পাকিস্তানি, শ্রীলঙ্কান, তাইওয়ানিজ, স্থানীয় হওয়াইবাসী, সামোয়ান, টোঙ্গান, গুয়ামানিয়ান বা চামোরো, মার্শালিজ, ফিজিয়ান এবং অন্যান্য।

‡আপনি কি কখনও Indian Health Service (IHS), একটি Tribal Health Program, Urban Indian Health Program থেকে বা IHS বা এই প্রোগ্রামগুলির রেফারেলের মাধ্যমে কোনও পরিষেবা গ্রহণ করেছেন?

	জন্ম তারিখ প্রমাণ পাঠান লিঙ্গ	*লিঙ্গ পরিচয় (ঐচ্ছিক)	এই ব্যক্তি কি স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করছেন?	এই মহিলা কি গর্ভবতী?	এই ব্যক্তি কি আবেদনকারী সন্তানের পিতা/মাতা?	বয়স 1-এ থাকা ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক কী?	এই ব্যক্তির যদি জনস্বাস্থ্য কভারেজ থাকে বা অতীতে থেকে থাকে তাহলে প্রযোজ্য বয়সটিতে টিক চিহ্ন দিন।	সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (যদি আপনার থাকে)	অনুগ্রহ করে সেই বয়সটিতে টিক চিহ্ন দিন যেটি আপনার বর্তমান নাগরিকত্ব বা অভিবাসন স্থিতিতে ইস্তিক করে। প্রমাণ পাঠান	জাতি/ জাতিগত গোষ্ঠী (ঐচ্ছিক)	**IHS বা অন্য কোনও ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রোগ্রাম থেকে পরিষেবা গ্রহণ করেছেন?
3	আইনি নাম, মধ্যবর্তী নাম, পদবি বিবাহের আগের সম্পূর্ণ নাম (জন্মের সময় থেকে বিয়ের আগে পর্যন্ত ব্যক্তির যে নাম ব্যবহার করতেন) শহর জন্ম হওয়া রাজ্য	পুরুষ মহিলা X	পুরুষ মহিলা নন-বাইনারি/নন-কনফর্মিং X ট্রান্সজেন্ডার (উভয় লিঙ্গ) ভিন্ন পরিচয় আপনার পরিচয় বর্ণনা করুন (ঐচ্ছিক)।	হ্যাঁ না	হ্যাঁ না	হ্যাঁ না	নিজে Child Health Plus Medicaid Family Health Plus ID বেনিফিট কার্ড/প্ল্যান কার্ডের নম্বর, যদি জানা থাকে:		ইউএস-এর নাগরিক অভিবাসী/অ-নাগরিক আপনি যে তারিখে আপনার অভিবাসন স্থিতি পেয়েছেন সেই তারিখটি লিখুন / / মাস দিন বছর অভিবাসী নন (ডিসা ধারণকারী) উপরের কোনটিই নয়।	B - স্বাস্থ্য বা আফ্রিকান-আমেরিকান I - আমেরিকান ভারতীয় বা স্থানীয় আলাস্কাবাসী W - যেভাস U - অজাত **A- এশীয় **U- নীচ হাওয়াইবাসী অথবা অন্যান্য প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী †অন্যান্য AAPI আপনি যদি হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো হন তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদেরকে তা জানান H-হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো	হ্যাঁ না
4	আইনি নাম, মধ্যবর্তী নাম, পদবি বিবাহের আগের সম্পূর্ণ নাম (জন্মের সময় থেকে বিয়ের আগে পর্যন্ত ব্যক্তির যে নাম ব্যবহার করতেন) শহর জন্ম হওয়া রাজ্য	পুরুষ মহিলা X	পুরুষ মহিলা নন-বাইনারি/নন-কনফর্মিং X ট্রান্সজেন্ডার (উভয় লিঙ্গ) ভিন্ন পরিচয় আপনার পরিচয় বর্ণনা করুন (ঐচ্ছিক)।	হ্যাঁ না	হ্যাঁ না	হ্যাঁ না	নিজে Child Health Plus Medicaid Family Health Plus ID বেনিফিট কার্ড/প্ল্যান কার্ডের নম্বর, যদি জানা থাকে:		ইউএস-এর নাগরিক অভিবাসী/অ-নাগরিক আপনি যে তারিখে আপনার অভিবাসন স্থিতি পেয়েছেন সেই তারিখটি লিখুন / / মাস দিন বছর অভিবাসী নন (ডিসা ধারণকারী) উপরের কোনটিই নয়।	B - স্বাস্থ্য বা আফ্রিকান-আমেরিকান I - আমেরিকান ভারতীয় বা স্থানীয় আলাস্কাবাসী W - যেভাস U - অজাত **A- এশীয় **U- নীচ হাওয়াইবাসী অথবা অন্যান্য প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী †অন্যান্য AAPI আপনি যদি হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো হন তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদেরকে তা জানান H-হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো	হ্যাঁ না
5	আইনি নাম, মধ্যবর্তী নাম, পদবি বিবাহের আগের সম্পূর্ণ নাম (জন্মের সময় থেকে বিয়ের আগে পর্যন্ত ব্যক্তির যে নাম ব্যবহার করতেন) শহর জন্ম হওয়া রাজ্য	পুরুষ মহিলা X	পুরুষ মহিলা নন-বাইনারি/নন-কনফর্মিং X ট্রান্সজেন্ডার (উভয় লিঙ্গ) ভিন্ন পরিচয় আপনার পরিচয় বর্ণনা করুন (ঐচ্ছিক)।	হ্যাঁ না	হ্যাঁ না	হ্যাঁ না	নিজে Child Health Plus Medicaid Family Health Plus ID বেনিফিট কার্ড/প্ল্যান কার্ডের নম্বর, যদি জানা থাকে:		ইউএস-এর নাগরিক অভিবাসী/অ-নাগরিক আপনি যে তারিখে আপনার অভিবাসন স্থিতি পেয়েছেন সেই তারিখটি লিখুন / / মাস দিন বছর অভিবাসী নন (ডিসা ধারণকারী) উপরের কোনটিই নয়।	B - স্বাস্থ্য বা আফ্রিকান-আমেরিকান I - আমেরিকান ভারতীয় বা স্থানীয় আলাস্কাবাসী W - যেভাস U - অজাত **A- এশীয় **U- নীচ হাওয়াইবাসী অথবা অন্যান্য প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী †অন্যান্য AAPI আপনি যদি হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো হন তাহলে অনুগ্রহ করে আমাদেরকে তা জানান H-হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো	হ্যাঁ না

আপনার পরিবারে কি কোনও বয়স্ক ব্যক্তি আছেন? হ্যাঁ না থাকলে, নাম লিখুন: _____

প্রমাণ পাঠান পরিচয়, নাগরিকত্ব বা অভিবাসন স্থিতি প্রমাণ করে এমন নথিপত্রের তালিকার জন্য পৃষ্ঠা 4-6-এ “আপনি স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদন করার সময় প্রয়োজনীয় নথিপত্র” অংশটি দেখুন।

*লিঙ্গ পরিচয়: লিঙ্গ পরিচয় হল আপনি নিজেকে কীভাবে দেখেন এবং আপনি নিজেকে কী বলেন। আপনার লিঙ্গ পরিচয় আপনার লিঙ্গের অনুরূপ বা ভিন্ন হতে পারে।

**আপনি যদি A- এশীয়, বা P- স্থানীয় হাওয়াইবাসী অথবা প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী নির্বাচন করে থাকেন তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের অন্যান্য AAPI-এ তথ্য দেখুন।

†অন্যান্য এশীয় আমেরিকান/প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী (ঐচ্ছিক) - অনুগ্রহ করে আপনার AAPI উপগোষ্ঠী সনাক্ত করুন। এই কমিউনিটির মধ্যে থাকা উপগোষ্ঠীতে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়: চাইনিজ, জাপানিজ, ফিলিপিনো, কোরিয়ান, ভিয়েতনামী, কম্বোডিয়ান, ইন্দোনেশিয়ান, পাকিস্তানি, শ্রীলঙ্কান, তাইওয়ানিজ, স্থানীয় হাওয়াইবাসী, সামোয়ান, টোঙ্গান, গুয়ামানিয়ান বা চামোরো, মার্শালিজ, ফিজিয়ান এবং অন্যান্য।

**আপনি কি কখনও Indian Health Service (IHS), একটি Tribal Health Program, Urban Indian Health Program থেকে বা IHS বা এই প্রোগ্রামগুলির রেফারেলের মাধ্যমে কোনও পরিষেবা গ্রহণ করেছেন?

বিভাগ C

পারিবারিক আয়

বিভাগ B-তে তালিকাবদ্ধ প্রত্যেক ব্যক্তির দ্বারা গ্রহণ করা অর্থরাশির ধরণ এবং পরিমাণ লিখুন এবং **প্রমাণ পাঠান**কর্মক্ষেত্র থেকে হওয়া উপার্জন: মজুরি, বেতন, কমিশন, টিপস, ওভারটাইম, স্ব-কর্মসংস্থান অন্তর্ভুক্ত করে। আপনি যদি স্বনিযুক্ত হন, তাহলে এখানে টিক চিহ্ন দিন: কর্মক্ষেত্র থেকে যদি কোনও উপার্জন না হয় তাহলে এখানে টিক চিহ্ন দিন:

ব্যক্তির নাম	আয়ের ধরন/নিয়োগকারীর নাম	কতটা পরিমাণ? (কর কেটে নেওয়ার আগে)	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, মাসিক)

অনুপার্জিত আয়: এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হল Social Security Benefits সুবিধা, বিশেষ সক্ষমতার কারণে পাওয়া পেমেন্ট, বেকার ভাতা, সুদ ও লভ্যাংশ, বয়স্ক ব্যক্তিদের দেওয়া সুবিধা, কর্মীর ক্ষতিপূরণ, সন্তানের সহায়তা সংক্রান্ত পেমেন্ট/খোরপোষ, ভাড়া, পেনশন, বার্ষিক বৃত্তি এবং ট্রাস্ট থেকে হওয়া আয়। যদি কোনও অনুপার্জিত আয় না থাকে তাহলে এখানে টিক চিহ্ন দিন:

ব্যক্তির নাম	আয়ের ধরন/সংস্থান	কতটা পরিমাণ? (কর কেটে নেওয়ার আগে)	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, মাসিক)

অবদান: আত্মীয় বা বন্ধুবান্ধবদের, ঘর ভাড়া নেওয়া ব্যক্তি বা বোর্ডারদের থেকে পাওয়া অর্থ (এমন যেকোনও অর্থ অন্তর্ভুক্ত করুন যা কোনও ব্যক্তি আপনাকে প্রতি মাসে প্রদান করেন আপনার জীবনধারণের খরচ চালাতে সাহায্য করার জন্য)। যদি কোনও অবদান না থাকে, এখানে টিক চিহ্ন দিন:

ব্যক্তির নাম	আয়ের ধরন/সংস্থান	কতটা পরিমাণ? (কর কেটে নেওয়ার আগে)	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, মাসিক)

অন্যান্য: Temporary (cash) Assistance, Supplemental Security Income, SSI পেমেন্ট, শিক্ষার্থীদের দেওয়া অনুদান বা ঋণ। যদি এরকম কিছু না থাকে তাহলে এখানে টিক চিহ্ন দিন:

ব্যক্তির নাম	আয়ের ধরন/সংস্থান	কতটা পরিমাণ? (কর কেটে নেওয়ার আগে)	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, মাসিক)

আপনি বা বিভাগ B-তে থাকা কোনও আবেদনকারী প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি যার উপার্জন নেই, তিনি কে তা আমাদেরকে জানান।

1. উপরে যদি কোনও উপার্জন তালিকাবদ্ধ না করা থাকে তাহলে আপনি কীভাবে জীবনধারণ করেন অনুগ্রহ করে তা ব্যাখ্যা করুন: (যেমন: বন্ধুবান্ধব বা পরিবারের সাথে থাকেন)

2. আপনি বা আবেদন করছেন এমন কোনও ব্যক্তি কি গত তিন মাসের মধ্যে চাকরি পরিবর্তন করেছেন বা কাজ করা বন্ধ করেছেন? না হ্যাঁ
করে থাকলে: আপনার শেষ চাকরি ছিল: তারিখ / / নিয়োগকারীর নাম:3. আপনি বা অন্য এমন কেউ কি আবেদন করছেন যিনি পেশাদার, আন্ডারগ্র্যাজুয়েট বা গ্র্যাজুয়েট প্রোগ্রামের শিক্ষার্থী? না হ্যাঁ
করে থাকলে: পূর্ণ সময় আংশিক সময় আন্ডারগ্র্যাজুয়েট গ্র্যাজুয়েট শিক্ষার্থীর না: _____4. আপনাকে কি কাজে বা স্কুলে যাওয়ার জন্য সন্তানের পরিচর্যা (অথবা বিশেষভাবে সক্ষম প্রাপ্তবয়স্কের জন্য পরিচর্যা) জন্য অর্থ প্রদান করতে হয়? না হ্যাঁ

সন্তান/প্রাপ্তবয়স্কের নাম:	কত পরিমাণ? \$	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, মাসিক)
সন্তান/প্রাপ্তবয়স্কের নাম:	কত পরিমাণ? \$	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, মাসিক)
সন্তান/প্রাপ্তবয়স্কের নাম:	কত পরিমাণ? \$	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, মাসিক)

5. আপনি চিকিৎসা সম্পর্কিত MEDICAID কভারেজের যোগ্য না হলেও Family Planning Benefit Program -এর জন্য যোগ্য হতে পারেন। আপনি কি শুধুমাত্র Family Planning Services পাওয়ার ব্যাপারে আগ্রহী? না হ্যাঁ6. আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী/অন্যান্য পিতা/মাতাকে কি আদালতের আদেশে অর্থ প্রদান করতে হয়? না হ্যাঁ কাকে কত পরিমাণ? \$

বিভাগ D

স্বাস্থ্য বীমা

আপনার যদি অন্য স্বাস্থ্য বীমা থাকে তাহলেও আপনি এবং আপনার পরিবার যোগ্য হতে পারেন।

1. আবেদন করছেন এমন কোনও ব্যক্তির কি Medicare আছে?

না হ্যাঁ

প্রমাণ পাঠান

যদি থাকে, তাহলে প্রত্যেক সুবিধাভোগীর জন্য আপনার কার্ডের (লাল, সাদা এবং নীল কার্ড) প্রতিলিপি অন্তর্ভুক্ত করুন। এই আবেদনপত্রের বাকি অংশ এবং সাল্লিমেন্ট A সম্পূর্ণ করুন

যদি না থাকে এবং আপনি দীর্ঘদিন যাবৎ রেচনজনিত সমস্যা (রেচনজনিত অসুখের শেষ পর্যায়/ESRD) বা Amyotrophic Lateral Sclerosis (অ্যামিওট্রফিক ল্যাটেরাল স্ক্লেয়োসিস) (ALS)-এ আক্রান্ত হন অথবা আপনার বয়স যদি 65 বছর বা তার বেশি হয় অথবা আগামী তিন মাসের মধ্যে বয়স 65 বছর হবে এবং আপনার যদি Medicare না থাকে তাহলে আপনাকে অবশ্যই Medicare-এর জন্য আবেদন করতে হবে এবং আবেদন করার প্রমাণ দেখাতে হবে। Medicaid-এর জন্য যোগ্যতার শর্ত হিসেবে কিছু মানুষকে Medicare-এর জন্য আবেদন করতে হবে।
যোগ্যতা সংক্রান্ত আবশ্যিকতার বিষয়ে অতিরিক্ত তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে পৃষ্ঠা 2 এবং 3 (বিভাগ D) দেখুন।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি শুধু Medicare Savings Program, MSP-এর জন্য আবেদন করেন তাহলে বিভাগ G-তে যান। আপনাকে সাল্লিমেন্ট A পূরণ করতে হবে না।

2. আবেদনকারী কারোর কি ইতিমধ্যেই দীর্ঘকালীন পরিচর্যা বীমা সহ বাণিজ্যিক স্বাস্থ্য বীমা আছে?

না হ্যাঁ

প্রমাণ পাঠান

যদি থাকে, তাহলে আপনাকে এই আবেদনের সাথে বীমা কার্ডের সামনের এবং পিছনের অংশের প্রতিলিপি অবশ্যই পাঠাতে হবে।

বীমাকারীর নাম (প্রাইমারি):

আচ্ছাদিত ব্যক্তিগণ:

পলিসির দাম:

কভারেজ শেষ হওয়ার তারিখ, যদি শীঘ্রই শেষ হয় _____ / _____ / _____
মাস দিন বছর

3. আপনার বর্তমান চাকরি কি আপনাকে স্বাস্থ্য বীমা প্রদান করে?

না হ্যাঁ

আমরা আপনাকে এর জন্য অর্থ প্রদান করতে সাহায্য করতে পারি।

যদি করে তাহলে “নিয়োগকারীর স্পলার করা স্বাস্থ্য বীমার তথ্যের জন্য অনুরোধ করার” ফর্ম আপনাকে পাঠানো হবে।

বিভাগ E

বাসস্থান সংক্রান্ত খরচ

1. মাসিক বাসস্থান সংক্রান্ত খরচ যেমন ভাড়া বা বন্ধক, সম্পত্তি কর সহ (শুধুমাত্র আপনার ভাগ) \$

2. আপনি জলের জন্য আলাদা করে অর্থপ্রদান করেন তাহলে কত অর্থ প্রদান করেন? \$

প্রমাণ পাঠান

আপনি কত ঘনঘন অর্থ প্রদান করেন? প্রতি মাসে বছরে দু'বার ত্রৈমাসিকভাবে [বছরে 4 বার] বছরে একবার

3. আপনি আপনার acco অংশ হিসেবে বিনামূল্যে থাকার সুবিধা পান?

না হ্যাঁ

বিভাগ F

দৃষ্টিহীন, বিশেষভাবে সক্ষম, দীর্ঘদিন যাবৎ অসুস্থ বা নার্সিং হোম পরিচর্যা

আবেদনকারীদের জন্য কোন প্রোগ্রামটি সর্বোত্তম তা নির্ধারণ করতে এই প্রশ্নগুলি আমাদেরকে সাহায্য করে।

যদি কেউ দৃষ্টিহীন, দীর্ঘদিন যাবৎ অসুস্থ না হোন বা নার্সিং পরিচর্যা না নিয়ে থাকেন **বন্ধ করুন** তাহলে অনুগ্রহ করে বিভাগ G-তে যান।

1. আপনি বা আপনার সাথে বসবাসকারী কোনও ব্যক্তি এবং আবেদনকারী, বাড়িতেই কোনও চিকিৎসা নিচ্ছেন বা কোনও হাসপাতাল, নার্সিং হোম বা অন্য চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে নার্সিং হোমের পরিচর্যা নিচ্ছেন?

না হ্যাঁ

এর উত্তর যদি হ্যাঁ হয় তাহলে এই আবেদনপত্র এবং সাল্লিমেন্ট A সম্পূর্ণ করুন।

2. আপনার সাথে থাকেন এমন কেউ কি দৃষ্টিহীন, বিশেষভাবে সক্ষম বা বহুদিন যাবৎ অসুস্থ?

না হ্যাঁ

এর উত্তর যদি হ্যাঁ হয় তাহলে এই আবেদনপত্র এবং সাল্লিমেন্ট A সম্পূর্ণ করুন।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি শুধুমাত্র Medicare Savings Program (MSP)-এর জন্য আবেদন করেন তাহলে বিভাগ G-তে যান। আপনাকে সাল্লিমেন্ট A সম্পূর্ণ করতে হবে না।

বিভাগ G

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অতিরিক্ত প্রশ্নাবলী

1. আবেদনকারীদের কারও কাছে কি এই মাসের বা এই মাসের আগের তিন মাসের পেমেণ্ট করা বা না করা মেডিকেল বা প্রেসক্রিপশন বিল আছে? Medicaid এই বিলগুলির জন্য অর্থ প্রদান করতে পারে বা ব্যয়পূরণ করতে পারে। না হ্যাঁ

যদি থাকে, নাম:

বিগত তিন মাসের কোন মাস(গুলি)-এর বিল আপনার কাছে আছে?

প্রমাণ পাঠান এই তিন মাসের সময়কালের মধ্যে যেকোনও এক মাসের আয়ের প্রমাণ পাঠান যে মাসের বিল আপনার কাছে আছে। আপনাকে কাছে যদি এমন পেমেণ্ট করা বিল থাকে যার জন্য আপনি ব্যয়পূরণ চাইছেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই প্রতিলিপি এবং পেমেণ্ট করার প্রমাণ পাঠাতে হবে।

2. আপনি বা আবেদন করছেন এমন কারও কাছে কি পেমেণ্ট না করা কোনও মেডিকেল বা প্রেসক্রিপশন বিল আছে যা বিগত তিন মাসের থেকে বেশি পুরনো? না হ্যাঁ

3. আপনি বা আপনার সাথে থাকেন এমন কেউ যিনি আবেদন করছেন, তিনি কি বিগত তিন মাসের মধ্যে অন্য কোনও স্টেট থেকে বা New York State কাউন্টি থেকে কি এই কাউন্টিতে এসেছেন? না হ্যাঁ

যদি এসে থাকেন তাহলে কে?

কোন স্টেট থেকে?

কোন কাউন্টি থেকে?

4. আবেদন করছেন এমন কারও উপর কি আঘাতের কারণে কোনও মামলা বকেয়া আছে? না হ্যাঁ

যদি এসে থাকেন তাহলে কে?

5. আবেদন করছেন এমন কোনও ব্যক্তির কি Worker's Compensation কেস বা আঘাত, অসুস্থতা বা বিশেষ সক্ষমতা আছে যা অন্য কারোর জন্য হয়েছে(যা বীমার আওতাভুক্ত হতে পারে)? না হ্যাঁ

যদি এসে থাকেন তাহলে কে?

বিভাগ H

মাতা-পিতা বা স্বামী/স্ত্রী পরিবারটির সাথে থাকেন না বা মারা গেছেন

গর্ভবতী আবেদনকারী এবং পরিবার যারা শুধুমাত্র তাদের সন্তানদের জন্য আবেদন করছেন তাদেরকে এই বিভাগটি পূরণ করতে হবে না। অন্য যেসকল ব্যক্তি আবেদন করছেন এবং বয়স 21 বা তার বেশি তাদেরকে আবেদন করা নাবালক বা বাড়ির বাইরে বসবাস করা স্বামী/স্ত্রী-এর জন্য অবশ্যই পিতা বা মাতার যেকোনও একজনের তথ্য প্রদান করতে হবে স্বাস্থ্য বীমার যোগ্যতা অর্জন করার জন্য, যদি না অন্য কোনও উপযুক্ত কারণ থাকে। কোনও পিতা/মাতা যদি এই তথ্য না দিতে চান তাহলে সন্তান যোগ্যতা অর্জন করতে পারেন। বাড়ির বাইরে বসবাস করা পিতা/মাতা বা স্বামী/স্ত্রী-এর সম্বন্ধে তথ্য দেওয়ার জন্য আপনি যদি শারীরিক বা মানসিক ক্ষতির ভয় পান, তাহলে আপনাকে এই তথ্য প্রদান করা থেকে ছাড় দেওয়া হতে পারে। এটি বলে **উপযুক্ত কারণ**। আপনার যদি ভয় পাওয়ার পর্যাপ্ত কারণ থেকে থাকে তাহলে তা আপনাকে প্রদর্শন করতে বলা হতে পারে।

1. আবেদন করছেন এমন কারও স্বামী/স্ত্রী বা পিতা/মাতা কি মারা গেছেন? (স্বামী/স্ত্রী বা পিতা/মাতা যদি মারা গিয়ে থাকেন তাহলে 3 নং প্রশ্নে যান।) না হ্যাঁ

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে মৃত পিতা/মাতা বা স্বামী/স্ত্রী নাম সহ আবেদনকারী নাম

2. আবেদনকারী কোনও সন্তানের পিতা/মাতা কি বাড়ির বাইরে বসবাস করেন? (না হলে, সরাসরি 3 নং প্রশ্নে যান।) না হ্যাঁ

আপনি যদি শারীরিক বা মানসিক ক্ষতি হওয়ার ভয় পান আপনি যদি এমন স্বামী/স্ত্রী-এর তথ্য প্রদান করেন যিনি বাড়িতে থাকেন না তাহলে এই বাস্তব টিক চিহ্ন দিন .

সন্তানের নাম:

বাড়ির বাইরে বসবাস করা পিতা/মাতার নাম

বর্তমান শেষ জানা ঠিকানা:

রাস্তা:

শহর/স্টেট:

জন্মতারিখ (যদি জানা থাকে): / /

SSN (যদি জানা থাকে):

সন্তানের নাম:

বাড়ির বাইরে বসবাস করা পিতা/মাতার নাম

বর্তমান শেষ জানা ঠিকানা:

রাস্তা:

শহর/স্টেট:

জন্মতারিখ (যদি জানা থাকে): / /

SSN (যদি জানা থাকে):

3. আবেদন করছেন এমন কেউ কি এমন কোনও ব্যক্তির সাথে এখনও বিবাহ বন্ধনে আবদ্ধ আছেন যিনি বাড়িতে থাকেন না? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, এখনও বিবাহ বন্ধনে আবদ্ধ থাকা ব্যক্তির নাম:

আপনি যদি শারীরিক বা মানসিক ক্ষতি হওয়ার ভয় পান আপনি যদি এমন স্বামী/স্ত্রী-এর তথ্য প্রদান করেন যিনি বাড়িতে থাকেন না তাহলে এই বাস্তব টিক চিহ্ন দিন .

বাইরে থাকা বসবাস করা স্বামী/স্ত্রী-এর পদবি:

বর্তমান শেষ জানা ঠিকানা:

রাস্তা:

শহর/স্টেট:

জন্মতারিখ (যদি জানা থাকে): / /

SSN (যদি জানা থাকে):

বিভাগ 1

হেলথ প্ল্যান নির্বাচন করা

আবেদনকারীদের জন্য কোন প্রোগ্রামটি সর্বোত্তম তা নির্ধারণ করতে এই প্রশ্নগুলি আমাদেরকে সাহায্য করে।

আপনি যদি Medicare লাভ করে থাকেন, **বন্ধ করুন** এই বিভাগটি এড়িয়ে যান।

গুরুত্বপূর্ণ: Medicaid সহ বেশিরভাগ লোকদের অবশ্যই একটি হেলথ প্ল্যান বেছে নিতে হবে; যদি আপনি নিজেই হেলথ প্ল্যান না বেছে নেন তাহলে আপনি আপনাপনিই একটিতে নথিভুক্ত হয়ে যাবেন, যদি না আপনাকে ব্যতিক্রম হিসেবে নির্ধারণ করা হয়। আপনার কাউন্টিতে কোন প্ল্যানগুলি উপলব্ধ আছে, আপনার ডাক্তার কোন প্ল্যানের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছেন এবং আপনাকে যোগ দিতে হবে কিনা সেই সম্পর্কে আপনার তথ্যের প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে New York Medicaid CHOICE কে 1-800-505-5678-কে নম্বরে কল করুন। আপনি আপনার local department of social servicesকেও কল করতে পারেন। যদি আপনি জানেন যে আপনার কোন প্ল্যান দরকার তাহলে আপনার পছন্দের প্ল্যানের জন্য এই বিভাগ ব্যবহার করুন।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনাকে অথবা আপনার পরিবারের সদস্যকে Medicaid-এর জন্য যোগ্য হিসেবে নির্ধারণ করা হয় তাহলে আপনাকে আপনার পছন্দের হেলথ প্ল্যানে নথিভুক্ত করা হবে। যদি আপনি অ্যামেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কার স্থানীয় হন তাহলে আপনাকে হেলথ প্ল্যানে যোগ দিতে হবে না; আপনি সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগে কল করে অথবা পত্র লিখে অথবা এই বাক্সে টিক চিহ্ন দিয়ে হেলথ প্ল্যানে যোগ দিতে ইচ্ছুক নন বলে আমাদেরকে জানাতে পারেন ।

আইনি পদবি	আইনি নাম	জন্ম তারিখ	Social Security #	আপনি যে হেলথ প্ল্যানে নথিভুক্ত হচ্ছেন তার নাম	পছন্দের ডাক্তার অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্র (ঐচ্ছিক) আপনার বর্তমান প্রদানকারী হলে বাক্সে টিক চিহ্ন দিন	OB/GYN (ঐচ্ছিক)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

বিভাগ J

স্বাক্ষর

আমি এই আবেদনের ওপর এবং কেবল Medicaid-এর মাধ্যমে শেয়ার করা বার্ষিক পুনর্বিবরণ, বিভাগ I-এ উল্লেখিত হেলথ প্ল্যান, সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগ, এবং আবেদন সহায়তা প্রদানকারী সংস্থার কাছে এই তথ্যটি উল্লেখ করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি। আমি যে কোনও বিদ্যালয়-ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে, যারা আবেদনকারী(গণ)কে পরিষেবা প্রদান করে তাদেরকেই এই তথ্য জানানোর সম্মতি প্রদান করছি। আমি বুঝেছি যে Medicaid-এর আবেদনকারী ব্যক্তিদের যোগ্য নির্ধারণ অথবা এই কর্মসূচির সাফল্য মূল্যায়ন করার উদ্দেশ্যে এই তথ্যটি জানানো হচ্ছে। প্রত্যেকটি আবেদনকারী প্রাপ্তবয়স্ককে নিচের দেওয়া জায়গায় এই আবেদনটিতে অবশ্যই স্বাক্ষর করতে হবে।

আমি এই আবেদন পুস্তিকার পরবর্তী পৃষ্ঠায় সংযুক্ত শর্ত, অধিকার এবং দায়িত্ব পড়েছি এবং বুঝেছি। আমি এতদ্বারা মিথ্যা সাক্ষ্যের জন্য দণ্ডের ভিত্তিতে স্বীকৃতি জানাচ্ছি যে এই আবেদন উল্লেখিত সমস্ত তথ্য আমার দ্বারা সত্য তথ্য অনুযায়ী সঠিক।

তারিখ

প্রাপ্তবয়স্ক আবেদনকারী অথবা আবেদনকারীর অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর।

তারিখ

প্রাপ্তবয়স্ক আবেদনকারী অথবা আবেদনকারীর অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর।

হেলথ কেয়ার প্রক্সি

New York Health Care Proxy Law, যদি আপনি নিজের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা সিদ্ধান্ত না নিতে পারেন তাহলে আপনাকে আপনার পক্ষ থেকে সিদ্ধান্ত না নেওয়ার জন্য বিশ্বস্ত কাউকে বেছে নেওয়ার অনুমতি দেয়। এই ব্যক্তিকে হেলথ কেয়ার এজেন্ট বলা হয়। আপনি New York State Department of Health ওয়েবসাইট: www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy থেকে New York State Health Care Proxy Law সম্পর্কে আও জানতে পারেন অথবা হেলথ কেয়ার এজেন্ট (প্রক্সি ফর্ম) পেতে পারেন।

ডাকযোগের মাধ্যমে আপনাকে পাঠানো ফর্মের একটি প্রতিলিপি পাওয়ার জন্য, অনুগ্রহ করে নিউ ইয়র্ক স্টেট Medicaid হেল্প লাইনকে 1-800-541-2831 নম্বরে কল করুন।

শর্তসমূহ, অধিকার এবং দায়িত্ব

এই আবেদনটি সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি Medicaid-এর জন্য আবেদন করছি। আমি বুঝেছি যে এই আবেদন এবং অন্যান্য সংশ্লিষ্ট তথ্য সেই প্রকল্প(সমূহের) কাছে পাঠানো হবে যার জন্য আমি আবেদন করতে ইচ্ছুক। আমি এই প্রকল্পগুলির উদ্দেশ্যে যোগ্যতা নির্ধারণ করার জন্য এই আবেদন থেকে ব্যক্তিগত এবং আর্থিক তথ্য মুক্ত করার জন্য সম্মতি জ্ঞাপন করছি। আমি বুঝেছি যে আমার কাছে আরও তথ্যের জন্য অনুরোধ করা যেতে পারে। আমি এই আবেদনের তথ্যের যে কোনও পরিবর্তনের ব্যাপারে তৎক্ষণাৎ জানাব বলে সম্মতি প্রদান করছি।

- আমি বুঝেছি যে প্রত্যেকটি প্রকল্পের জন্য আমার যোগ্যতা প্রমাণ করার উদ্দেশ্যে আবশ্যিক তথ্য আমাকে অবশ্যই প্রদান করতে হবে। যদি আমি Medicaid-এর জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে না পারি আমি সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগকে জানাব। সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগ তথ্য সংগ্রহ করতে সাহায্য করতে পারে।
- যদি সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগ বাদে অন্য কোনও জায়গা থেকে আবেদন করি এবং এই আবেদন ব্যবহার করে Medicaid-এর জন্য আমার বাচ্চাদের যোগ্য নির্ধারণ না করা হয় তাহলে আমার বাচ্চার অন্য কোনও ভিত্তিতে Medicaid-এর জন্য যোগ্য কিনা দেখার জন্য আমি সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগের সাথে যোগাযোগ করতে পারি।
- আমি বুঝেছি যে এই প্রকল্পের কর্মীরা, যার জন্য পরিবারের সদস্য অথবা আমি আবেদন করেছি, এই আবেদনে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্য যাচাই করতে পারে। যে এজেন্সিগুলি এই প্রকল্প পরিচালনা করে তারা 42 U.S.C. 1396a (a) (7) এবং 42 CFR 431.300-431.307 এবং যে কোনও ফেডেরাল এবং স্টেট আইন ও নিয়ামক অনুযায়ী তথ্য গোপন রাখবে।
- আমি বুঝেছি যে বীমা অথবা অন্য কোনও ব্যক্তির দ্বারা প্রদেয় কোনও চিকিৎসাগত ব্যয় Medicaid পরিশোধ করবে না এবং যদি আমি Medicaid-এর জন্য আবেদন করি তাহলে আমি সুবিধা গ্রহণ করার সম্পূর্ণ সময়ে স্বামী-স্ত্রী অথবা 21 বছরের কম বয়সী একজন ব্যক্তির পিতা-মাতার থেকে চিকিৎসাগত সহায়তার অনুরোধ এবং গ্রহণ করার সমস্ত অধিকার এবং সম্পূর্ণ সময়ের জন্য থার্ড পার্টি পেমেণ্টে গ্রহণ করার অধিকার এজেন্সিকে প্রদান করছি।
- আমি স্বাস্থ্য অথবা দুর্ঘটনা বীমা সুবিধার জন্য অথবা অন্য কোনও সম্পদের জন্য দাবি দায়ের করব, যার জন্য আমি যোগ্য। আমি বুঝেছি যে আমার কাছে ভালোর স্বার্থে স্বাস্থ্য বীমা ব্যবহার করার ক্ষেত্র সহযোগিতা না করার অধিকার আছে যদি সেটি আমার স্বাস্থ্য অথবা নিরাপত্তা অথবা আমি আইনতভাবে দায়বদ্ধ এমন ব্যক্তির স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তাকে ক্ষতি করার জন্য ব্যবহার করা হয়।
- আমি বুঝেছি যে আমার জাতি, বর্ণ অথবা জাতীয়তার কারণে Medicaid-এর জন্য আমার যোগ্যতা প্রভাবিত হবে না। আমি আরও বুঝেছি যে প্রকল্পের প্রয়োজনীয়তার ওপর নির্ভর করে আমি যোগ্য কিনা তার জন্য আমার বয়স, অক্ষমতা, অথবা নাগরিকত্বের স্থিতি কারণ হতে পারে।
- আমি বুঝেছি যে যদি আমার বাচ্চা Medicaid-এ থাকে, তাহলে সে Child/Teen Health Program এর মাধ্যমে সমস্ত আবশ্যিক চিকিৎসা সহ ব্যাপক প্রাথমিক এবং প্রতিরোধমূলক পরিচর্যা পেতে পারে। আমি local department of social services থেকে এই প্রকল্প সম্পর্কে আরও তথ্য পেতে পারি।
- আমি বুঝেছি যে এই প্রকল্পের অধীনে পরিষেবা পাওয়ার জন্য যদি কোনও ব্যক্তি জেনেশনে মিথ্যা অথবা সত্য লুকায় তাহলে সে একটি অপরাধ করছে এবং ফেডেরাল এবং স্টেট জরিমানা সাপেক্ষ এবং প্রাপ্ত সুবিধা অর্থরাশি পরিশোধ করতে হবে এবং সরকারি জরিমানা পরিশোধ করতে হবে। The New York State Department of Tax and Finance কাছে এই ফর্মের ওপর আয়ের তথ্য পর্যবেক্ষণ করার অধিকার আছে।

সোস্যাল সিকিউরিটি নম্বর (Social Security Number, SSNs)

সমস্ত আবেদনকারীর জন্য SSNs আবশ্যিক, যদি সেই ব্যক্তি একজন অযোগ্য অ-নাগরিক না হয়। আমি বুঝেছি যে এটি 42 U.S.C. 1320b-7 (a) -এ ফেডেরাল আইন এবং 42 CFR 435.910-এ Medicaid নিয়ামক দ্বারা আবশ্যিক। আমার পরিবারে সেই সদস্যদের জন্য SSNs প্রয়োজন নয়, যারা সুবিধার জন্য আবেদন করছে না। যদি আমার স্বামী-স্ত্রীর মালিকানাধীন সম্পদের পরিমাণের ওপর আমার যোগ্যতা নির্ভর করে তাহলে আমার স্বামী-স্ত্রী SSN প্রদান করা হলে সম্পদগুলি যাচাই করা যেতে পারে। New York এবং অন্যান্য বিচারক্ষেত্রের ভিতরে SSNs একাধিক উপায়ে ব্যবহার করা হয়, সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগের (department of social services, DSS) মধ্যে এবং DSS ও ফেডেরাল, স্টেট এবং স্থানীয় এজেন্সির মধ্যে। SSNs-এর কয়েকটি ব্যবহার হলো: পরিচয় যাচাই করার জন্য, উপার্জিত এবং অ-উপার্জিত আয় চিহ্নিত এবং যাচাই করার জন্য, নন-কাস্টোডিয়ার পিতামাতা তাদের বাচ্চাদের জন্য স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ পেতে পারেন কিনা দেখার জন্য, আবেদনকারীর চিকিৎসাগত সহায়তা পেতে পারেন কিনা দেখার জন্য, আবেদনকারীর কোনও অর্থ অথবা অন্য সাহায্য পেতে পারেন কিনা দেখার জন্য এবং আবেদনকারী ও তাদের অ-আবেদনকারী পিতা-মাতার উদ্দেশ্যে সম্পদ যাচাই করার জন্য। প্রাপেকর কাছে সঠিক পরিষেবার লভ্যতা সুনিশ্চিত করার জন্য কেন্দ্রীয় সরকারী Medicaid এজেন্সির ভিতরে এবং মধ্যে প্রাপককে চিহ্নিত করার জন্য SSNs ব্যবহার করা যেতে পারে।

কেবল Medicaid আবেদনকারীর জন্য

- শিক্ষাগত নথিপত্রের মুক্তির জন্য আমি এতদ্বারা এখানে উল্লেখিত আমার বাচ্চা(দের) স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত শিক্ষাগত পরিষেবার উদ্দেশ্যে Medicaid অর্থরাশি দাবি করার জন্য শিক্ষাগত নথিপত্র সম্পর্কে যে কোনও তথ্য সংগ্রহ করার জন্য সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগকে এবং New York State কে এবং কেবলমাত্র অডিট করার উদ্দেশ্যে উপযুক্ত ফেডেরাল সরকারি এজেন্সিকে এই তথ্য প্রদান করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি।
- প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ প্রকল্প(Early Intervention Program) যদি আমার বাচ্চার New York State Early Intervention Program এর জন্য মূল্যায়ন করা হয় অথবা অংশগ্রহণ করে তাহলে আমি সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগকে এবং New York স্টেটকে আমার বাচ্চার Medicaid যোগ্যতার তথ্য আমার কাউন্টির Early Intervention Program কে, Medicaid বিলিং করার উদ্দেশ্যে অনুমতি প্রদান করছি।
- চিকিৎসা ব্যয়ের ক্ষতিপূরণ আমি বুঝেছি যে আমার কাছে আমার আবেদন করার মাসের পূর্ববর্তী তিন মাসের জন্য প্রাপ্ত কভার্ড চিকিৎসাগত পরিচর্যা, পরিষেবা এবং অন্যান্য সরবরাহের জন্য আবেদনের অংশ হিসেবে অথবা পরে ব্যয়ের ক্ষতিপূরণের অনুরোধ করার অধিকার আছে। আমার আবেদনের তারিখের পর এবং আমার Medicaid benefit card (Common Benefit Identification Card, CBIC) পাওয়ার তারিখে সমাপ্তি পর্যন্ত, আমি বুঝেছি যে চিকিৎসাগতভাবে আবশ্যিক কভার করা চিকিৎসা পরিচর্যা, পরিষেবা এবং সরবরাহের ক্ষতিপূরণ কেবলমাত্র তখন লভ্য হবে, যদি আমি সেগুলি Medicaid নথিভুক্ত প্রদানকারীর কাছ থেকে সংগ্রহ করে থাকি এবং এই ক্ষতিপূরণটি Medicaid দর পর্যন্ত অথবা পরিষেবার সময় কার্যকর ফি পর্যন্ত সীমিত, এমনকি আমি বেশি পরিশোধ করে থাকলেও। আমি বুঝেছি যে আমি আমার Medicaid (CBIC) benefit card পাওয়ার পর কভার করা পরিচর্যা এবং পরিষেবা সংগ্রহ করার জন্য আমাকে অবশ্যই কেবল Medicaid নথিভুক্ত প্রদানকারী অথবা Medicaid ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যানের নেটওয়ার্ক প্রদানকারীর কাছে যেতে হবে এবং চিকিৎসাগতভাবে আবশ্যিক পরিষেবার পরিশোধের জন্য আমার প্রদানকারীকে অবশ্যই Medicaid অথবা Medicaid ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যানের কাছে একটি দাবি জমা করতে হবে এবং সেই তারিখের পর হওয়া ব্যয়ের জন্য কোনও ক্ষতিপূরণ দেওয়া হবে না এবং আমাকে নিজেই পরিশোধ করতে হবে।

Medicaid নিয়ন্ত্রিত পরিচর্যা

আমি পড়েছি যে কিভাবে আমার কাউন্টিতে আমার জন্য লভ্য Medicaid ম্যানেজড কেয়ার হেল্থ প্ল্যান খুঁজতে হবে। আমি বুঝেছি আমি এবং আমার পরিবারে যে কোনও সদস্য যারা আবেদন করছেন এবং Medicaid -এর জন্য নির্ধারিত হয়েছে তাদেরকে ম্যানেজড কেয়ার হেল্থ প্লানে থাকতে হবে এবং আমি এবং যে কোনও পরিবারের সদস্য যারা আবেদন করেছে, আমার দ্বারা নির্বাচিত হেল্থ প্লানে নথিভুক্ত হবেন।

আমি পড়েছি যে কিভাবে অধিকার এবং সুবিধাগুলি এবং ম্যানেজড কেয়ার সদস্যতার সুবিধা সীমাবদ্ধতা খুঁজতে হয় যা ম্যানেজড কেয়ার হেল্থ প্লানের সদস্য হিসেবে আমার কাছে লভ্য থাকবে। আমি বুঝেছি যে Medicaid ম্যানেজড কেয়ারের মধ্যে, আমাকে একটি Primary Care Provider, PCP বেছে নিতে হবে এবং আমার কাছে আমার হেল্থ প্লানের মধ্যে অন্ততঃ তিনটি PCPs বেছে নেওয়ার বিকল্প আছে। আমি বুঝেছি যে আমি একবার হেল্থ প্লানে নথিভুক্ত হওয়ার পর কয়েকটি বিশেষ পরিস্থিতি বাদে আমাকে আমার হেল্থ প্লানের PCP এবং অন্যান্য প্রদানকারীকে ব্যবহার করতে হবে।

আমি বুঝেছি যে আমি Medicaid ম্যানেজড কেয়ার হেল্থ প্লানের সদস্য থাকার সময় একজন সন্তানকে জন্ম দিলে আমার বাচ্চাও আমার মতো একই হেল্থ প্লানে নথিভুক্ত হবে।

চিকিৎসাগত তথ্যের প্রকাশ

আমি আমার এবং আমার পরিবারের যে কোনও সদস্যের, যার জন্য আমি সম্মতি প্রদান করতে পারি, তাদের সম্পর্কে যে কোনও চিকিৎসাগত তথ্য মুক্ত করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি। :

- আমার PCP, অন্য যে কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী অথবা New York State Department of Health, NYSDOH এবং আমার অথবা আমার পরিবারের পরিচর্যার সাথে যুক্ত যে কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী দ্বারা, চিকিৎসা, অর্থ পরিশোধ অথবা স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিচালনা করার জন্য আমার হেল্থ প্লান অথবা আমার প্রদানকারীর দ্বারা যুক্তিসঙ্গতভাবে আবশ্যিক হলে। এর মধ্যে আমার পরিচর্যার ব্যবস্থার উদ্দেশ্যে সাহায্যের জন্য আবশ্যিক ফার্মাসি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগত দাবির তথ্য থাকতে পারে;
- Medicaid প্রকল্পের পরিচালনার উদ্দেশ্যে আমার হেল্থ প্লান এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী দ্বারা NYSDOH এবং অন্যান্য অনুমোদিত ফেডেরাল, স্টেট এবং স্থানীয় এজেন্সির প্রতি; এবং
- আমার হেল্থ প্লান দ্বারা যুক্তিসঙ্গতভাবে আবশ্যিক চিকিৎসা, অর্থ পরিশোধ অথবা স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিচালনা করার উদ্দেশ্যে আমার হেল্থ প্লান দ্বারা অন্য ব্যক্তি অথবা সংস্থার প্রতি।

আমি আরও সম্মতি প্রদান করছি যে চিকিৎসা, অর্থ পরিশোধ এবং স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিচালনার জন্য মুক্ত করা তথ্যের মধ্যে আমি সম্মতি প্রত্যাহার করা পর্যন্ত আইন দ্বারা অনুমতিযোগ্য সীমা পর্যন্ত আমার এবং আমার পরিবারের HIV, মানসিক স্বাস্থ্য অথবা অ্যালকোহল এবং মাদক অপব্যবহার তথ্য থাকতে পারে।

যদি পরিবারে একটির চেয়ে বেশি প্রাপ্তবয়স্ক Medicaid হেল্থ প্লানে যোগ দেয় তাহলে তথ্য মুক্ত করার সম্মতির জন্য আবেদনকারী প্রত্যেকটি প্রাপ্তবয়স্কের স্বাক্ষর আবশ্যিক।

অবৈষম্যমূলক নীতির বিজ্ঞপ্তি

New York Medicaid প্রকল্প প্রযোজ্য ফেডেরাল নাগরিক অধিকার এবং স্টেটের আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় মূল, ধর্মবিশ্বাস/ধর্ম, লিঙ্গ, বয়স, বৈবাহিক/পারিবারিক অবস্থা, অক্ষমতা, গ্রেপ্তারির রেকর্ড, অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন প্রবৃত্তি, প্রিডিসপোজিং জেনেটিক, মিলিটারি অবস্থা, গার্হস্থ্য সহিংসতার শিকার এবং/অথবা প্রতিশোধের ভিত্তিতে অবৈষম্যতা করে না।

যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে New York Medicaid প্রকল্প আপনার বিরুদ্ধে অবৈষম্যমূলক আচরণ করেছেন তাহলে আপনি এই ওয়েবসাইটে: http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ গিয়ে অথবা DMO@health.ny.gov -এ Diversity Management Office এ অফিসে অভিযোগ জানাতে পারেন

আপনি U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights এ বৈদ্যুতিনভাবে নাগরিক অধিকারের অভিযোগও দায়ের করতে পারেন <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> অথবা U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697) এ ডাকযোগে বা ফোনের মাধ্যমেও করতে পারেন। অভিযোগ ফর্ম <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>-এ উপলভ্য

বিশেষ সুবিধা

The New York Medicaid প্রকল্প আমাদের সঙ্গে কার্যকরভাবে যোগাযোগে অক্ষম ব্যক্তিদের বিনামূল্যে সহায়তা এবং পরিষেবা প্রদান করে যেমন:

- NY Relay Service এর মাধ্যমে TTY
- যদি আপনি দৃষ্টিহীন হন অথবা গুরুতর দৃষ্টিগত অসুবিধা থাকে এবং বিকল্প ফরম্যাটে (বড় প্রিন্ট, অডিও অথবা ডেটা সিডি, অথবা ব্রেইল) বিজ্ঞপ্তি অথবা অন্যান্য লিখিত সামগ্রীর প্রয়োজন হলে এবং আপনি New York City এর বাইরে কোনও কাউন্টিতে নিবাস করলে, অনুগ্রহ করে আপনার local department of social services কে গকে কল করুন। যদি আপনি New York City এর পাঁচটি বরোতে বসবাস করেন, তাহলে করে গণপূর্ত পরিষেবার মানব সম্পদ প্রশাসন অফিসের সাথে (Human Resources Administration's Office of Constituent Services) 212-331-4640 নম্বরে যোগাযোগ করুন। অথবা এই আবেদনের পৃষ্ঠা 1-এর সেকশন A-তে আমাদেরকে বলুন।

NY Medicaid যে সমস্ত ব্যক্তিদের প্রাথমিক ভাষা ইংরেজি নয় তাদেরকে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাও প্রদান করে যেমন:

- যোগ্যতাসম্পন্ন দোভাষী
- অন্যান্য ভাষায় লিখিত তথ্য

যদি আপনার এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় অথবা প্রতিবন্ধী সুবিধা সম্পর্কে আরও তথ্যের প্রয়োজন হয় এবং আপনি New York City এর বাইরে কোনও কাউন্টিতে বসবাস করেন তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগকে কল করুন যদি আপনি New York City এর পাঁচটি বরোতে বসবাস করেন অনুগ্রহ করে গণপূর্ত পরিষেবার মানব সম্পদ প্রশাসন অফিসের সাথে (Human Resources Administration's Office of Constituent Services) 212-331-4640 নম্বরে যোগাযোগ করুন।

কেবল অফিসের ব্যবহারের জন্য

আবেদন সম্পূর্ণ করার জন্য সহায়ক ব্যক্তিকে সম্পূর্ণ করতে হবে।

যে ব্যক্তিগত যোগ্যতা তথ্য সংগ্রহ করেছেন তার স্বাক্ষর:

X

নিযুক্ত করেছেন: (একটিতে টিক দিন) হেলথ প্ল্যান সামাজিক পরিষেবার স্থানীয় বিভাগ প্রদানকারী এজেন্সি যোগ্য সংস্থা

নিয়োগকর্তার নাম

স্থানীয় সামাজিক পরিষেবা ডিস্ট্রিক্টের ব্যবহারের জন্য

যোগ্যতা নির্ধারণ করেছেন:

তারিখ:

যোগ্যতা অনুমোদন করেছেন:

তারিখ:

সেন্টার অফিস:

আবেদনের তারিখ:

ইউনিট ID:

কর্মীর ID:

কেসের নাম:

ডিস্ট্রিক্ট:

কেসের প্রকার:

কেস #:

কার্যকরীর তারিখ:

আমার ডিসপোজিশন কারণ কোড
 অস্থায়ী কোড প্রত্যাহারে কোড

প্রোক্সি:
 না হ্যাঁ

রেজিস্ট্রি #

সংস্করণ:

