

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ  
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
ব্যুরো অব আর্লি ইন্টারভেনশন

**পিতা-মাতাদের জন্য বিমা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি**

নিউ ইয়র্ক স্টেটে, পরিবারগুলিকে আর্লি ইন্টারভেনশন (Early Intervention, EI) অবশ্যই বিনামূল্যে দেওয়া দরকার। তবে, নিউ ইয়র্ক স্টেটের আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের (Early Intervention Program, EIP) অর্থ প্রদানের ব্যবস্থায় আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রদানের জন্য সরকারী বিমা (যেমন Medicaid এবং Child Health Plus) এবং বেসরকারি বিমা (যেমন CDPHP, UHC এবং অন্যান্য) অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। তহবিলের এই গুরুত্বপূর্ণ উৎসগুলি ভবিষ্যতের প্রজন্মের জন্য আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার উপলব্ধতা সুরক্ষিত করতে সহায়তা করে।

জনস্বাস্থ্য আইনের অধীনে, আপনার পৌরসভা কর্তৃক প্রদেয় বিল জমা দেওয়ার আগে প্রথমে EI পরিষেবা সরবরাহকারীদের আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার জন্য সরকারী এবং বেসরকারি বিমার বিল দেওয়ার প্রয়োজন হয়। বেসরকারি বিমাগুলির বিলিং তখনই হবে যদি আপনার বিমা পলিসি নিউ ইয়র্ক স্টেট আইন (নিয়ন্ত্রিত) সাপেক্ষ হয়। EIP পরিষেবার জন্য অ-নিয়ন্ত্রিত বিমার বিল করা হয় না।

**Medicaid এবং বেসরকারি বিমা:**

যদি আপনার পরিবারের বেসরকারি এবং সরকারি (Medicaid) উভয় প্রকারেরই বিমা কভারেজ থাকে, আপনার আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার টাকা প্রথমে বেসরকারি বিমা থেকে কাটা যাবে এবং বাকিটুকু সরকারি বিমা (Medicaid) থেকে কাটা যাবে। আপনার শিশুর বিমা প্ল্যানকে আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার জন্য বিল করা হবে যদি তার বিমা নিউ ইয়র্ক স্টেট বিমা আইন সাপেক্ষ হয়।

**বিমা এবং সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার সংগ্রহ করা:**

নিউ ইয়র্ক স্টেট জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law, PHL) এর আওতায়:

- **সরকারি এবং বেসরকারি সহ আপনার শিশুর বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য ও দস্তাবেজ আপনার পরিষেবার সমন্বয়কারীকে সংগ্রহ করতে হবে, এবং আপনাকে তা প্রদান করতে হবে।** এই তথ্যের মধ্যে অন্তর্গত হল: বিমা পলিসি বা হেলথ বেনিফিট প্ল্যানের ধরন, বিমাকারীর বা পরিকল্পনা প্রশাসকের নাম, পলিসি বা প্ল্যান আইডেন্টিফিকেশন নম্বর, পলিসিতে কভারেজের ধরন এবং আপনার বিমার বিল করার জন্য প্রয়োজনীয় অন্য কোনও তথ্য। আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারী আপনাকে অবশ্যই আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব এবং আপনার পরিবারের আইনি সুরক্ষা ব্যাখ্যা করে দেবেন। [PHL§2543(3); PHL§2559(3)(a)(i)]
- আপনার আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার সমন্বয়কারীকে আপনার ও আপনার শিশুর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর সংগ্রহ করতে হবে, এবং আপনাকে তা প্রদান করতে হবে। এই তথ্যটি একটি সুরক্ষিত এবং গোপনীয় পদ্ধতিতে বজায় রাখা হবে। [PHL§2552(2)]

## **নিউ ইয়র্ক স্টেট দ্বারা নিয়ন্ত্রিত বিমা পলিসিগুলি:**

নিম্নলিখিত সুরক্ষাগুলি নিউ ইয়র্ক স্টেট দ্বারা নিয়ন্ত্রিত বিমা প্ল্যানের জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law, PHL) এবং নিউ ইয়র্ক স্টেট বিমা আইন ল (State Insurance Law, SIL)-এর আওতায় সুরক্ষিত, যখন বেসরকারি এবং সরকারি বিমার টাকা আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার জন্য ব্যবহৃত হয়েছে।

- আপনার শিশুর প্রয়োজনীয় আর্লি ইন্টারভেনশন প্ল্যান বিনামূল্যে আপনার পরিবারকে দেওয়া হবে।**  
আপনার শিশু এবং পরিবার আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের (Early Intervention Program, EIP) আওতায় প্রাপ্ত যে কোনও পরিষেবার জন্য আপনার ছাড়ের বাইরে বা কোনও ছাড়ের মতো কোনও মূল্য দিতে বলা যেতে পারে না। আর্লি ইন্টারভেনশন অফিশিয়াল (Early Intervention Official, EIO) আপনার প্রদেয় সমস্ত কো-পেমেন্ট এবং ডিডাক্টিবলের ব্যবস্থা করবেন। [PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)]
- বিমাকারীদের কোনও সর্বোচ্চ বার্ষিক অথবা আজীবন পলিসি সীমার দরুন আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবায় প্রদত্ত কোনোরকম লভ্যাংশ নেওয়ার ওপর নিষেধাজ্ঞা আছে ("caps")।** এর অর্থ হল আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার জন্য আপনার কোম্পানির দেওয়া টাকা আপনার পরিবারের সর্বমোট বিমা কভারেজকে হ্রাস করবে না। [PHL§2559(3)(c); SIL§ 235-a(b)]
- বিমাকারীদের আপনার পলিসির ভিজিট লিমিটের দরুন আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবায় প্রদত্ত কোনোরকম লভ্যাংশ নেওয়ার ওপর নিষেধাজ্ঞা আছে।** এর অর্থ হল বিমাকারীর দ্বারা পরিশোধ করা আর্লি ইন্টারভেনশন ভিজিটগুলি আপনার সন্তানের এবং পরিবারের স্বাস্থ্যসেবার জন্য অন্যথায় উপলব্ধ ভিজিটগুলির সংখ্যা হ্রাস করতে পারে না। [SIL§ 235-a(b)]
- আপনার শিশু এবং পরিবারের জন্য উপলব্ধ আর্লি ইন্টারভেনশন প্ল্যান আপনার বিমা কভারেজের উপর সীমাবদ্ধ হবে না।** আপনার EIO-কে নিশ্চিত করতে হবে যে যদি আপনার বিমা কোম্পানি কভার না করে অথবা আপনার যদি কোনও বিমা নাও থাকে, তাহলেও আপনার শিশুকে যথাযোগ্য আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা দেওয়া হবে। [PHL§2552(1)]
- একমাত্র আপনার শিশু EIP -এর মাধ্যমে পরিষেবা পাচ্ছে বলে আপনার স্বাস্থ্যবিমা কোম্পানি আপনার বিমা বন্ধ বা পুনর্নবীকরণে ব্যর্থ হতে পারে না।** [SIL§ 235-a(d)]
- একমাত্র আপনার শিশু EIP -এর মাধ্যমে পরিষেবা পাচ্ছে বলে আপনার স্বাস্থ্যবিমা কোম্পানি আপনার বিমার প্রিমিয়াম বৃদ্ধি করতে পারে না।**
- আপনার সন্তানের বাড়ি এবং সম্প্রদায়ভিত্তিক স্বত্বত্যাগ কর্মসূচির জন্য যোগ্যতা** আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদানের জন্য জনস্বাস্থ্য বিমা (যেমন, Medicaid) ব্যবহার দ্বারা প্রভাবিত হবে না। আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রাপ্তি Medicaid 1915 (c) চিল্ড্রেনস ওয়েভার প্রোগ্রামে অংশ নেবে না
- এমনকি যদি আপনার বেসরকারি বা সরকারি বিমা কভারেজ নাও থাকে তাহলেও আপনার IFSP-তে আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রদেয়।** EIP- এ অংশগ্রহণ করার শর্ত হিসাবে আপনার স্বাস্থ্য বিমা কভারেজ পাওয়ার প্রয়োজন নেই, যদিও আপনার পছন্দ করা জনগণের সুবিধেগুলির জন্য আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারী আপনাকে রেফারেল এবং আবেদনের ক্ষেত্রে সহায়তা করতে পারে। [PHL§2552(1); PHL§2559(1)]

## **নিউ ইয়র্ক স্টেট দ্বারা নিয়ন্ত্রিত নয় এমন বিমা EIP পরিষেবার জন্য বিল করা হবে না:**

যদি আপনার বিমা প্ল্যান নিউ ইয়র্ক স্টেট দ্বারা নিয়ন্ত্রিত হয়ে না থাকে, আপনার বিমা প্ল্যানের জন্য রাজ্য বিমা অথবা জন স্বাস্থ্য আইনের আওতায় সুবক্ষা লাগু হবে না। এই পরিস্থিতিতে:

1. আপনার বিমাকারীকে পলিসির আজীবন বা বার্ষিক আর্থিক সীমাতে আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রয়োগ করা বা অন্যথায় উপলভ্য পরিদর্শন সংখ্যা হ্রাস করা থেকে নিষেধ করা নাও হতে পারে।
2. যেহেতু আপনার শিশু EIP পরিষেবা পাচ্ছে তাই আপনার বিমাকারীকে আপনার নতুন স্বাস্থ্য বিমা বন্ধ করা বা পুনর্নবীকরণ না করা থেকে নিষেধ নাও করা হতে পারে।
3. যেহেতু আপনার শিশু EIP পরিষেবা পাচ্ছে তাই আপনার বিমাকারী আপনার প্রিমিয়াম বৃদ্ধি নাও করতে পারে।

## **সাবরোগেশন:**

নিউ ইয়র্ক রাজ্য জনস্বাস্থ্য আইন পৌরসভা এবং সরবরাহকারীকে আপনার পলিসির অধীনে পরিশোধের 'সাবরোগেশন' করার অধিকার দেয়, আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবাদের জন্য যে পরিমাণ অঙ্ক পৌরসভা প্রদান করেছে বা সরবরাহকারী আপনার পলিসির আওতায় সেবা সরবরাহ করেছে। [PHL§2559(3)(d); SIL§3 235-a(c)] এর অর্থ হ'ল বেসরকারি বিমা দ্বারা আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবাদের জন্য যে কোনও অর্থ প্রদান অবশ্যই আর্লি ইন্টারভেনশন সরবরাহকারীর কাছে সরাসরি করতে হবে। যদি অর্থ প্রদান করতে সমস্যার সম্মুখীন হন, তবে সেই বিষয়ে নির্দেশনা ও সাহায্য করার জন্য অবশ্যই আপনার আর্লি ইন্টারভেনশন সরবরাহকারী (দেয়) এবং/অথবা পরিষেবা সমন্বয়কারীর সাথে যোগাযোগ করুন। এটি আপনার শিশু এবং পরিবারকে দেওয়া আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার সরবরাহকারীকে অর্থপ্রদান নিশ্চিত করা গুরুত্বপূর্ণ।

## **যথাযথ প্রক্রিয়া অধিকারসমূহ:**

পিতামাতার তাদের সন্তানের আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা সম্পর্কে মতবিরোধ বা অভিযোগ নিষ্পত্তির জন্য যথাযথ প্রক্রিয়া পদ্ধতি পাওয়ার অধিকার রয়েছে। এই যথাযথ প্রক্রিয়া অধিকারসমূহের মধ্যে মধ্যস্থতার সুযোগ, যথাযথ প্রক্রিয়ার শুনানির জন্য আবেদন এবং/অথবা কোনও রাজ্যে অভিযোগ দায়ের করার সুযোগ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। সমস্ত বিকল্পই ঐচ্ছিক এবং এতে পিতা-মাতার কোনও খরচ নেই। [34 CFR §303.431, §303.436, §303.441, §303.434; PHL §2549; 10 NYCRR বিভাগ 69-4.17]

- **মধ্যস্থতা** হ'ল এমন একটি প্রক্রিয়া যা কোনও কমিউনিটি ডেসপিউট রেজোলিউশন সেন্টারের প্রশিক্ষিত মধ্যস্থতাকারী দ্বারা পরিচালিত হয় যিনি পিতামাতাদের এবং আর্লি ইন্টারভেনশন অফিশিয়ালদের (Early Intervention Officials, EIOs) আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবাদি সম্পর্কে একটি চুক্তিতে পৌঁছাতে সহায়তা করে।
- **নিরপেক্ষ শুনানি** শুনানি কর্মকর্তাদের দ্বারা পরিচালিত হয় (স্বাস্থ্য কমিশনার বা মনোনীত ব্যক্তি কর্তৃক নিযুক্ত প্রশাসনিক আইন বিচারক) এবং পিতামাতা এবং EIO-র মধ্যে বিরোধ নিষ্পত্তি করতেও ব্যবহৃত হয়। অভিভাবকরা নিরপেক্ষ শুনানির জন্য আবেদন করতে পারেন যদি তাদের শিশু কোনও মূল্যায়নকারীর দ্বারা পরিষেবাগুলির জন্য অযোগ্য হিসাবে ঘোষিত হয়, তবে তা করতে হবে সন্তানের অযোগ্য প্রমাণিত হওয়ার তারিখের 6 মাসের মধ্যে।
- **একটি সিস্টেম অভিযোগ দায়ের করা** যেতে পারে যদি অভিভাবকরা বিশ্বাস করেন যে তাদের EIO, পরিষেবা সমন্বয়কারী, মূল্যায়নকারী বা পরিষেবা প্রদানকারী আইন, বিধি বা নিয়মের অধীনে তার কাজটি করছে না তবে। এই অভিযোগটি প্রাথমিকভাবে নিউইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথের ব্যুরো অব আর্লি ইন্টারভেনশনের ডাইরেক্টরকে লিখিতভাবে করতে হবে এবং তা উল্লেখিত লক্ষ্যনের তারিখ থেকে এক বছরের কম সময়ের মধ্যে জমা দিতে হবে।

যদি এই বিস্তৃতিতে দেওয়া তথ্য নিয়ে কোনও প্রশ্ন থাকে তবে দয়া করে আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারীকে অথবা EIO-কে জিজ্ঞাসা করুন, নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ ব্যুরো অব আর্লি ইন্টারভেনশন-এ 518-473-7016 নম্বরে কল বা [beipub@health.ny.gov](mailto:beipub@health.ny.gov) ঠিকানায় মেইল করুন।

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
ব্যুরো অব আর্লি ইন্টারভেনশন

**শিশু বিমা তথ্য ফর্মের নির্দেশিকা**

**শিশুর বিমার নির্দেশিকা:**

নিউ ইয়র্ক স্টেটে, সমস্ত পরিবারকে বিনামূল্যে আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা অবশ্যই দেওয়া হবে। তবে, নিউ ইয়র্ক স্টেটের আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের (Early Intervention Program, EIP) অর্থ প্রদানের ব্যবস্থায় ব্যবস্থায় আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবাদি প্রদানের জন্য সরকারী বিমা (যেমন Medicaid এবং Child Health Plus) এবং বেসরকারি বিমা (যেমন CDPHP, Empire Plan এবং অন্যান্য) অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। নিউ ইয়র্ক স্টেট জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law, PHL) -এর আওতায়, সরকারি এবং বেসরকারি সহ আপনার শিশুর বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য ও দস্তাবেজ আপনার পরিষেবার সমন্বয়কারীকে সংগ্রহ করতে হবে, এবং আপনাকে তা প্রদান করতে হবে। এই তথ্যের মধ্যে অন্তর্গত হল: বিমা পলিসি বা হেলথ বেনিফিট প্ল্যানের ধরন, বিমাকারীর বা পরিকল্পনা প্রশাসকের নাম, পলিসি বা প্ল্যান আইডেন্টিফিকেশন নম্বর, পলিসিতে কভারেজের ধরন এবং আপনার বিমার বিল করার জন্য প্রয়োজনীয় অন্য কোনও তথ্য। আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারী আপনাকে অবশ্যই আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব এবং আপনার পরিবারের আইনি সুরক্ষা ব্যাখ্যা করে দেবেন।

**এই ফর্মটি পূরণ করা:**

- আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারী এই ফর্মটি পূরণ করতে আপনাকে সাহায্য করতে পারে।
- দয়া করে নিশ্চিত হোন যে ফর্মটি সম্পূর্ণরূপে এবং সঠিকভাবে পূরণ করা হয়েছে।
- যদি আপনার শিশুর দুই বা ততোধিক স্বাস্থ্য বিমা পলিসি থেকে থাকে, তবে আপনাকে অবশ্যই প্রতিটি পলিসির তথ্য দিতে হবে।  
(নীচে উদাহরণ দেওয়া হল)
  - যদি আপনার শিশুর দুটি বেসরকারি পলিসি থেকে থাকে, তবে আপনাকে দুটি পলিসির তথ্যই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
  - যদি আপনার শিশুর Medicaid এবং একটি বেসরকারি বিমা থেকে থাকে, তবে আপনাকে Medicaid চাইল্ড আইডেন্টিফিকেশন নাম্বার (Child Identification Number, CIN) এবং বেসরকারি বিমার তথ্য অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
  - যদি আপনার শিশুর Medicaid ম্যানেজড কেয়ার (Medicaid Managed Care) থাকে, তবে Medicaid চাইল্ড আইডেন্টিফিকেশন নাম্বার (CIN) এবং Medicaid ম্যানেজড কেয়ার বিমা কোম্পানির তথ্য উভয়ই বিমা তথ্য বিভাগে লিখিত হবে।
  - যদি আপনার শিশুর Medicaid ম্যানেজড কেয়ার এবং একটি বেসরকারি বিমা পলিসি থাকে, তবে Medicaid চাইল্ড আইডেন্টিফিকেশন নাম্বার (CIN) এবং Medicaid ম্যানেজড কেয়ার বিমা কোম্পানির তথ্য এবং বেসরকারি বিমা পলিসির অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারী আপনার শিশুর বিমা সংক্রান্ত তথ্য অন্তত তিনমাসে একবার পর্যালোচনা করবেন। যদি আপনার বিমার বদল হয়, তবে আপনাকে একটি নতুন ফর্ম পূরণ করতে হবে।
- আপনার সন্তানের বিমা কভারেজ পরিবর্তন হলে অবিলম্বে আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারীকে অবহিত করুন।

**বিমা না হওয়ার জন্য পিতা/মাতার প্রত্যয়ন (যদি প্রযোজ্য হয়):**

- যদি আপনার শিশুর স্বাস্থ্য বিমা কভারেজ না থাকে, তবে অবশ্যই আপনাকে এই প্রত্যয়নটি পূরণ করে স্বাক্ষর করতে হবে।
- প্রতিটি ইন্ডিভিজুয়ালাইজড ফ্যামিলি সার্ভিস প্ল্যান-এর (Individualized Family Service Plan, IFSP) মিটিং/পর্যালোচনার পরে একটি নতুন প্রত্যয়ন কপি স্বাক্ষর করতেই হবে (যদি না আপনার শিশু বিমা কভারেজ পেয়ে থাকে)।
- যদি আপনার শিশুর বিমা না থাকে, তবে আপনাকে বিনামূল্যে EIP পরিষেবা প্রদান করা হবে।
- EIP পরিষেবা পাওয়ার জন্য আপনার শিশুর স্বাস্থ্য বিমা থাকা বাধ্যতামূলক নয়; যাইহোক, আপনার পরিষেবা সমন্বয়কারী আপনাকে আপনার শিশু যে স্বাস্থ্য বিমা পরিষেবার যোগ্য সেটি সনাক্ত করতে এবং দাখিল করতে সাহায্য করবেন।

এই ফর্মটি পূরণ করার সময় যদি কোনও প্রশ্ন থাকে, তবে দয়া করে পরিষেবা সমন্বয়কারীর সাথে যোগাযোগ করুন।

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ  
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
ব্যুরো অব আর্লি ইন্টারভেনশন

শিশুর বিমার তথ্য

শিশুর নাম/ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_ শিশুর লিঙ্গ: পুরুষ  মহিলা

প্রাথমিক বিমার তথ্য:

বিমা কোম্পানি/প্ল্যানের নাম: \_\_\_\_\_

বিমা কোম্পানির বিলিং ঠিকানা: \_\_\_\_\_

পলিসি/আইডেন্টিফিকেশন (আইডি) নম্বর: \_\_\_\_\_

শিশুর মেম্বার আইডি (যদি আলাদা হয়): \_\_\_\_\_

গ্রুপ #: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের নাম: \_\_\_\_\_ পলিসি হোল্ডারের লিঙ্গ: পুরুষ  মহিলা

পলিসি হোল্ডারের জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের সাথে শিশুর সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

অন্য বিমা (যদি প্রযোজ্য হয়):

বিমা কোম্পানি/প্ল্যানের নাম: \_\_\_\_\_

বিমা কোম্পানির বিলিং ঠিকানা: \_\_\_\_\_

পলিসি/ আইডি নম্বর: \_\_\_\_\_

শিশুর মেম্বার আইডি (যদি আলাদা হয়): \_\_\_\_\_

গ্রুপ #: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের নাম: \_\_\_\_\_ পলিসি হোল্ডারের লিঙ্গ: পুরুষ  মহিলা

পলিসি হোল্ডারের জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_

পলিসি হোল্ডারের সাথে শিশুর সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

Medicaid ক্লায়েন্ট আইডেন্টিফিকেশন নাম্বার (Client Identification Number, CIN) (যদি প্রযোজ্য হয়):

\_\_\_\_\_

(2 অক্ষর, 5 সংখ্যা, 1 অক্ষর)

পিতা-মাতা/ আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

পিতা-মাতার স্বাক্ষর নিশ্চিত করে ফাইলে থাকা বিমার তথ্য সঠিক।

বিমার তথ্য পর্যালোচিত: তারিখ _____	কোনও পরিবর্তন নেই _____	পিতা/মাতার স্বাক্ষর _____
বিমার তথ্য পর্যালোচিত: তারিখ _____	কোনও পরিবর্তন নেই _____	পিতা/মাতার স্বাক্ষর _____
বিমার তথ্য পর্যালোচিত: তারিখ _____	কোনও পরিবর্তন নেই _____	পিতা/মাতার স্বাক্ষর _____
বিমার তথ্য পর্যালোচিত: তারিখ _____	কোনও পরিবর্তন নেই _____	পিতা/মাতার স্বাক্ষর _____
বিমার তথ্য পর্যালোচিত: তারিখ _____	কোনও পরিবর্তন নেই _____	পিতা/মাতার স্বাক্ষর _____

বিমা না হওয়ার জন্য পিতা/মাতার প্রত্যয়ন (যদি প্রযোজ্য হয়)

শিশুর নাম: \_\_\_\_\_ শিশুর জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

আমি \_\_\_\_\_ (দয়া করে নাম মুদ্রণ করুন) উপরোক্ত শিশুর পিতামাতা এবং/বা আইনি অভিভাবক, প্রত্যয়ন করছি যে আজকের তারিখ অবধি এই শিশুটির স্বাস্থ্য বিমা কভারেজ নেই। আমি বুঝেছি যে নিয়োজিত আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম পরিষেবার সমন্বয়কারী অবশ্যই আমাকে সেই শিশু যে স্বাস্থ্য বিমার জন্য যোগ্য তা নির্ধারণ এবং আবেদন করার জন্য আমাকে সহায়তা করবে। সেইসাথে আমি বুঝেছি যে আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের পরিষেবাগুলি প্রদান করার জন্য উক্ত শিশুর স্বাস্থ্য বিমা না থাকলেও হবে।

পিতামাতা/ আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
ব্যুরো অব আর্লি ইন্টারভেনশন

স্বাস্থ্য বিমা তথ্য প্রকাশের অনুমোদন  
NYS জনস্বাস্থ্য আইনের বিভাগ 2559(3)(d) এবং বিমা আইনের বিভাগ 3235-a(c) অনুসারে

যার বিমা হয়েছে তার (শিশুটির) নাম:	জন্ম তারিখ:
পিতা-মাতা/ আইনি অভিভাবকের নাম:	জন্ম তারিখ:
বিমা কোম্পানির নাম:	বিমা প্ল্যানের নাম/ধরন:
বিমা কোম্পানির ঠিকানা:	বিমা কোম্পানির ফোন নম্বর:
পলিসি হোল্ডারের নাম ও ঠিকানা:	পলিসি/আইডি নম্বর: শিশুটির মেম্বার আইডি নম্বর: গ্রুপ নম্বর (যদি প্রযোজ্য হয়):
পরিষেবা সমন্বয়কারীর নাম:	পরিষেবা সমন্বয়কারীর এজেন্সি:
পরিষেবা সমন্বয়কারীর ঠিকানা:	পরিষেবা সমন্বয়কারীর ফোন নম্বর:
মিউনিসিপালিটি:	বিমাকারীকে পাঠানো তারিখ:

আমি আমার শিশুর এবং পরিবারের আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার সমন্বয়কারী, সরবরাহকারী(দের), স্থানীয় আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম পরিচালনা করে যে পৌরসভা, এবং NYS স্বাস্থ্য বিভাগ এবং / অথবা এটির আর্লি ইন্টারভেনশন আর্থিক প্রতিনিধির উপরোক্ত বিমাকারীর জন্য আমি স্বাস্থ্য বিমা কভারেজের তথ্য প্রকাশের অনুরোধ এবং অনুমোদন প্রদান করছি।

আমি আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের আওতাধীন পরিষেবাদিগুলির দাবির সুবিধার্থে এবং দাবির বিচারে সহায়তা করার উদ্দেশ্যে উল্লিখিত পক্ষ এবং উপরোক্ত বিমাকারীর মধ্যে তথ্যের আদান-প্রদান অনুমোদিত করি:

এছাড়াও আমি সরবরাহকারী যারা উপরোক্ত বিমাকারীর কাছে দাবি জমা দেন তাদের বিমাকারীর নিকট আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের অধীন প্রদত্ত পরিষেবার জন্য দাবী ও অর্থ প্রদানের সুবিধার্থে বিমাকারীর প্রয়োজনীয় তথ্য সরবরাহের জন্য সম্মতি এবং অনুমোদন জানাই।

এই অনুরোধটি যার বিমা করা হয়েছে তার পলিসি, প্ল্যান বা বেনিফিট প্যাকেজের আওতায় আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের অধীনে প্রদত্ত পরিষেবাদের জন্য বিমাকারীর কাছ থেকে অর্থ পাওয়ার সুবিধার্থে কেবলমাত্র স্বাস্থ্য বিমা কভারেজের জন্য প্রযোজ্য।

পিতা-মাতা/ অভিভাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: স্বাক্ষরিত: \_\_\_\_\_