



## NYS آفس برائے نشوونما سے متعلق معذوری میں مبتلا افراد Medicare حصہ ڈی

### مجاز حکام کا بیان اس مستفید فرد کیلئے جو OPWDD کی تصدیق کردہ یا چلائی جارہی رہائش میں نہیں رہتا ہو

اس فارم کا استعمال اہل خانہ کے کسی بالغ ممبر، بالغ دوست، بالغ وکیل یا Medicare کے کسی ایسے مستفید فرد کے بالغ رابطہ کار کے ذریعہ کیا جاتا ہے جو آفس برائے نشوونما سے متعلق معذوری میں مبتلا افراد [Office For People With Developmental Disabilities (OPWDD)] کے تصدیق کردہ چلائی جارہی رہائش میں نہیں رہتا ہو۔ یہ مستفید فرد کیلئے Medicare کی نسخہ والی دوا کے فائدہ سے متعلق فیصلے لینے میں فرد کا اختیار اور اس اختیار کی بنیاد کی وضاحت کرتا ہے۔

#### ہدایات:

1. برائے مہربانی اس فارم میں موجود تمام فیلڈز مکمل کریں۔ (نوٹ: اگر آپ مستفید فرد کا کسی منصوبہ میں اندراج کر رہے ہیں تو آپ کو مستفید فرد کا شناختی نمبر نہیں پُر کرنا چاہئے۔)
2. مناسب خانوئیر نشان لگائیں۔
3. برائے مہربانی نام جلی حروف میں لکھیں اور نیچے دستخط مع تاریخ درج کریں۔
4. اصل کو سنبھال رکھیں۔

مستفید فرد کا نام	تاریخ پیدائش	Medicare نمبر
نسخہ والی دوا کے منصوبے کا نام	مستفید فرد کے منصوبے کا شناختی نمبر	

اوپر مذکور مستفید فرد کی عمر 18 سال سے زیادہ ہے۔ اس فرد کا کوئی سرپرست نہیں ہے اور اس بات کی تشخیص ہوئی ہے کہ اس کے پاس مندرجہ ذیل سے متعلق فیصلہ لینے کی صلاحیت نہیں ہے (جو بھی لاگو ہوں ان سبھی پر نشان لگائیں):

Medicare کے کسی نسخہ والی دوا کے منصوبے میں اندراج۔

Medicare حصہ ڈی کے جائزہ کا عمل انجام دینے کیلئے۔ اس میں شامل ہیں کوئی شکایت درج کرانا، کوئی شکایات جمع کرانا، کوریج کے تعین (determination coverage) کی درخواست کرنا اور اسے حاصل کرنا [بشمول استثناء کی درخواستیں (exception requests) اور تیز ترین کاروائیوں کیلئے درخواستیں]؛ اپیل دائر کرنا اور اس کی درخواست کرنا اور اپیلوں کی کاروائی کے کسی بھی حصہ سے نمٹنا۔

مستفید فرد کے ساتھ رشتہ۔ برائے مہربانی مندرجہ ذیل میں سے **ایک** پر نشان لگائیں:

- شریک حیات
- والدین
- بالغ لڑکا
- بالغ سگے بھائی بہن
- اہل خانہ کا بالغ ممبر
- بالغ دوست، وکیل یا رابطہ کار

14 NYCRR 635-11 کے مطابق، مجھے اندراج سے متعلق فیصلے لینے کا اختیار ہے اور/یا Medicare حصہ ڈی کے جائزہ کا عمل انجام دینے کا اختیار ہے اگر مستفید فرد ایسا کرنے کے قابل نہ ہو۔

نام \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

دستخط \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_