

প্রদানকারীর নাম এবং ঠিকানা

তারিখ: _____

যারা অন্যান্য পরিষেবার জন্য আবেদন করছেন তাদের জন্য সীমিত ছাড়ের বিজ্ঞপ্তি
(অনুরোধ করা অন্যান্য পরিষেবা প্রদানকারী দ্বারা জারি করা হবে)

ব্যক্তি:

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি সত্য, তাই আপনি এই বিজ্ঞপ্তি পেয়েছেন: (1) আপনি উপরে উল্লিখিত ব্যক্তি এবং নিজের জন্য পরিষেবার অনুরোধ করছেন; (2) আপনি উপরে উল্লিখিত ব্যক্তির পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদানের জন্য দায়ী; অথবা (3) আপনি উপরে উল্লিখিত ব্যক্তির আর্থিক পরিস্থিতি পরিচালনার জন্য দায়ী।

এই বিজ্ঞপ্তি সেই ব্যক্তিদের জন্য প্রযোজ্য যাদের এখন পরিষেবার নিয়মগুলির ক্ষেত্রে OPWDD দায়বদ্ধতার সীমিত ছাড় রয়েছে। যে তারিখে ব্যক্তি নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি গ্রহণ করা শুরু করবে সেদিন থেকে সেই ব্যতিক্রমটি শেষ হবে:

- ফ্যামিলি কেয়ার হোম, সাম্প্রদায়িক বাসস্থান, বা স্বতন্ত্র আবাসিক বিকল্পে (আইআরএ) আবাসিক পুনর্বাসন
- বুদ্ধিবৃত্তিক প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের জন্য মধ্যবর্তী যত্ন সুবিধার পরিষেবা (ICF/IID)
- দিনের চিকিৎসা
- দিনের বাসস্থান
- যত্নের ব্যবস্থাপনা
- সম্প্রদায়ে বাসস্থান
- প্রাক-বৃত্তিমূলক পরিষেবা
- অবকাশ
- সমর্থিত নিয়োগকরণ পরিষেবা (SEMP)

সীমিত ছাড়ের মেয়াদ শেষ হয়ে গেলে, আমরা আপনাকে পরিষেবার জন্য বিল পাঠাব এবং যদি আমরা অর্থ না পাই, তাহলে আমরা পরিষেবা প্রদান করা বন্ধ করতে পারি। সেই ব্যক্তি, বা অন্য দায়বদ্ধ পক্ষকে সমর্থিত নিয়োগকরণ বা অবকাশ পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করতে হবে। হোম অ্যান্ড কমিউনিটি বেসড সার্ভিসেস (HCBS) মণ্ডলকে নথিভুক্ত করার জন্য এবং সমর্থিত নিয়োগকরণ বা অবকাশ পরিষেবার জন্য সাহায্য পেতে, ব্যক্তির অবশ্যই মেডিকেড কভারেজ থাকতে হবে। যদি মেডিকেড আপনার সমর্থিত নিয়োগকরণ বা অবকাশ পরিষেবার খরচের জন্য অর্থ প্রদান করা শুরু করে, তাহলে আপনি স্থায়ীভাবে আপনার সীমিত ছাড় হারাবেন।

আমরা আপনাকে একটি পরিষেবার জন্য আবেদনকারী ব্যক্তিদের জন্য দায় বিজ্ঞপ্তি প্রদান করছি, ফর্ম OPWDD LIAB 05।