



Office for People With Developmental Disabilities

OPWDD গৃহ ও কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবায় (HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES - HCBS) ছাড়ের আবেদনপত্র এবং পছন্দগুলির নথিপত্রের ফর্ম

আবেদনকারীর নাম:

বর্তমান ঠিকানা:

সোশ্যাল সিকিউরিটি #:

জন্মতারিখ:

Medicaid #:

কাউন্টি:

বর্তমানে Medicaid-এ নথিভুক্ত রয়েছেন কিনা তা এখানে দেখে নিন।

A. *HCBS ছাড় নির্বাচন:* আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে আমি হয় একটি অন্তর্বর্তী পরিচর্যা কেন্দ্র (Intermediate Care Facility - ICF) নতুবা গৃহ ও কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবার (HCBS) মাধ্যমে প্রদত্ত পরিষেবা পাওয়ার যোগ্য। আমার পছন্দটি নীচে নির্দেশ করা হয়েছে।

আমি HCBS বেছে নিয়েছি

আমি HCBS বেছে নিইনি

B. আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের বিকাশগত প্রতিবন্ধকতা থাকা মানুষদের দপ্তর (Office for People With Developmental Disabilities) পরিচালিত গৃহ ও কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবার স্বত্বত্যাগে অংশগ্রহণের অনুরোধ করছি। আমি বুঝেছি যে অনুমোদন দেওয়া হবে আমার অন্তর্বর্তী পরিচর্যা কেন্দ্রে (ICF)/প্রাতিষ্ঠানিক পরিবেশের বদলে গৃহ ও কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবা পাওয়ার অবহিত পছন্দের ভিত্তিতে এবং এগুলির প্রমাণের উপর:

- বিকাশগত প্রতিবন্ধকতা;
- কোনও অন্তর্বর্তী পরিচর্যা কেন্দ্রে (ICF) ভর্তি হওয়ার যোগ্যতা;
- Medicaid-এ নথিভুক্ত হওয়ার যোগ্যতা;
- আমার পছন্দের পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা প্রদানকারী নির্বাচন;
- উপযুক্ত কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবার উপলভ্যতা; এবং
- বসবাসের উপযুক্ত ব্যবস্থা।

C. আমাকে বর্তমানে উপলভ্য সমস্ত ছাড় পরিষেবা প্রদানকারীর সম্পর্কে অবহিত করা হয়েছে এবং আমি বুঝেছি যে আমার নিজের সমস্ত ছাড় পরিষেবা প্রদানকারীকে বেছে নেওয়ার অধিকার রয়েছে।

D. আমাকে অবহিত করা হয়েছে এবং আমি বুঝেছি যে আমার যে কোনও সময় আমার পরিষেবা প্রদানকারীদের বদলানোর অধিকার রয়েছে।

E. *পরিচর্যা সমন্বয়ক প্রতিষ্ঠান (CARE COORDINATION ORGANIZATION - CCO) নির্বাচন:* আমাকে বর্তমানে উপলভ্য সমস্ত পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা প্রদানকারীর সম্পর্কে অবহিত করা হয়েছে। আমার পছন্দটি নীচে নির্দেশ করা হয়েছে। আমি বুঝেছি যে আমার চাহিদা পূরণ করার এবং প্রয়োজনীয় যাবতীয় নথিভুক্তির কার্যকলাপ সম্পন্ন করার জন্য উপযুক্ত পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা পরিষেবা নির্ধারণ করতে আমার নির্বাচিত CCO এর সঙ্গে আমার কাজ করা আবশ্যিক।

CCO:

যোগাযোগের নাম:

ঠিকানা:

ফোন:

আবেদনকারীর স্বাক্ষর বা প্রতিনিধি
(প্রযোজ্য হলে):

স্বাক্ষরকারীর নাম (মুদ্রিত করুন):

সম্পন্ন হওয়ার তারিখ:

সংশোধিত 11/19/20