

OPWDD FSS পারিবারিক ব্যয়পূরণ আবেদনপত্র

আবেদনপত্রটি বিবেচিত হবার জন্য এটি অবশ্যই সম্পূর্ণ ভাবে পূরণ করতে হবে

1. যে ব্যক্তি পরিষেবাগুলি গ্রহণ করছেন তার নাম:

1a জন্ম তারিখ:

1b. ট্যাবগুলির নম্বর:

1c. ঠিকানা (রাস্তা/শহর/Zip):

1d. কাউন্টি:

1e. হোমে থাকা মানুষের সংখ্যা:

2. পিতা-মাতা / আত্মীয় / অভিভাবকের নাম:

2a. পিতা-মাতা / অভিভাবকের ইমেইল:

2b. পিতা-মাতা / অভিভাবকের ফোন #:

3. কেয়ার ম্যানেজারের নাম:

3a. কেয়ার ম্যানেজারের ঠিকানা (রাস্তা/শহর/Zip):

3b. কেয়ার ম্যানেজারের ইমেইল:

3c. কেয়ার ম্যানেজারের ফোন #:

4. আর্থিক মধ্যস্থতাকারী (যদি প্রযোজ্য হয়- নাম/এজেন্সি/ফোন/ইমেইল):

5. রোগনির্ণয় – অনুগ্রহ করে OPWDD অনুসারে যেগুলি প্রযোজ্য তার সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন

- বৌদ্ধিক অক্ষমতা ট্রমাটিক ব্রেইন ইনজুরি – TBI অন্যান্য
- অটিজম বা আত্মমগ্নতা সেরিব্রাল পালসি
- এপিলেপ্সি বা মৃগীরোগ (স্থবিরতা বা সিজারস) স্নায়ুতন্ত্রঘটিত অক্ষমতা

6. ব্যয়পূরণের জন্য কী ধরনের আইটেম(গুলি) বা পরিষেবা দরকার – অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন:

অনুগ্রহ করে মনে রাখুন - কেবল সেই ক্যাম্পের জন্য ব্যয়পূরণ করা হবে যার নিউ ইয়র্ক স্টেট এর স্বাস্থ্য দপ্তরের এবং/অথবা স্থানীয় স্বাস্থ্য দপ্তরের অনুমোদন আছে যা নিউ ইয়র্ক স্টেট স্যানিটারি কোড এর উপাংশ 7 অনুসারে পাওয়া গেছে (দেখুন 10 NYCRR এর উপাংশ 7)

এই আবেদনপত্রে মোট যে পরিমাণ অর্থ পাবার অনুরোধ করা হয়েছে:

* এই আইটেম/পরিষেবা কি নির্দেশিকাগুলি অনুসারে তাৎক্ষণিক সংকটকালীন পরিস্থিতি হিসাবে যাকে চিহ্নিত করা হয়েছে সেই রকম? অনুগ্রহ করে একটিতে টিক চিহ্ন দিন:

হ্যাঁ না

7. আপনি কি প্রাথমিক চিকিৎসা বিমা, নমনীয় ভাবে খরচ করার অ্যাকাউন্ট অথবা অন্যান্য উৎস – যেমন MEDICAID, MEDICARE, আত্ম-নির্দেশনা, HCBS ছাড় এর থেকে অর্থসংস্থানের চেষ্টা করেছেন।

হ্যাঁ না ফলাফলসমূহ

7a. হোম ও সম্প্রদায় ভিত্তিক পরিষেবা (HCBS) ছাড় এবং/অথবা OPWDD স্টেট পরিকল্পনা পরিষেবাগুলির থেকে আপনি কী ধরনের পরিষেবা গ্রহণ করছেন?

- অবকাশ ডে হ্যাভিলিটেশন লিভ-ইন শুশ্রূষাকারী প্রাকবৃত্তিমূলক পরিষেবা

আবাসিক বাসস্থান সমর্থিত কর্মসংস্থান সম্প্রদায়-ভিত্তিক অন্তর্ভুক্তিকালীন পরিষেবাসমূহ

আর্থিক মধ্যস্থতাকারী ব্যক্তি নির্দেশিত পণ্য ও পরিষেবাসমূহ দালালী সমর্থন

সহায়ক প্রযুক্তি – বিভিন্ন অভিযোজন সহায়ক ডিভাইস সম্প্রদায়গত আবাসন পারিপার্শ্বিকতায় করা পরিবর্তনসমূহ

পারিবারিক শিক্ষা ও প্রশিক্ষণ তীব্র আচরণগত পরিষেবা কর্মসংস্থানের গতিপথ

যানবাহনে করা পরিবর্তনসমূহ শুশ্রূষা সময় পরিষেবাসমূহ বৌদ্ধিক/বিকাশজনিত প্রতিবন্ধকতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য সংকটকালীন পরিষেবা

আটকৈল 16 চিকিৎসালয়।

7b. আপনার বাড়িতে বসবাসকারী কেউ কি গ্রাহক পরিচালিত ব্যক্তিগত সহায়তা কর্মসূচী - কনজিউমার ডাইরেক্টেড পার্সোনাল অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (CDPAP) বা অন্য কোনও অর্থসংস্থান ব্যবস্থাপনার মাধ্যমে পরিষেবা গ্রহণকারী কোনও ব্যক্তিকে শুশ্রূষা পরিষেবা সরবরাহ করার জন্য অর্থ পাচ্ছেন?

হ্যাঁ না

8. এই চুক্তিবর্ষে যেসমস্ত ব্যয়পূরণের জন্য আবেদন করা হয়েছে এবং/অথবা পাওয়া গেছে সেই সবগুলিকে তালিকাবদ্ধ করুন: (দরকার হলে একটি পৃষ্ঠা যোগ করুন): এই তথ্যটির রিপোর্ট **অবশ্যই** করতে হবে। অনুগ্রহ করে জেনে থাকুন যে সর্বাধিক \$3,000 পরিমাণ অর্থ ব্যয়পূরণ হিসাবে দেওয়া হতে পারে। আপনি যদি বেশী পরিমাণে ব্যয়পূরণ অনুরোধ করে থাকেন যা কোনও এজেন্সির অভ্যন্তরীণ উর্ধ্বসীমার চেয়ে বেশী হয় এবং আপনি যদি বিভিন্ন এজেন্সির কাছে আংশিক ব্যয়পূরণের জন্য আবেদন জমা করছেন, তাহলে আপনাকে সেই কথা অবশ্যই নীচের ফাঁকা স্থানে সেটা সূচীত করতে হবে।

এজেন্সি তারিখ পরিমাণ অনুমোদিত অস্বীকৃত বকেয়া

9. প্রয়োজনীয় নথিপত্রগুলির যাচাইকরণ তালিকা: (অনুগ্রহ করে এই আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত করুন)

DDRO দ্বারা অনুমোদিত সিদ্ধান্ত বা অন্যান্য OPWDD যোগ্যতা অর্জন নথিপত্রের বিজ্ঞপ্তি (যদি সরবরাহকারী সংস্থার কাছে বর্তমান নথিপত্র ফাইলে না থাকে)

স্বাক্ষরিত আবেদনপত্র, রসিদ/চালান (ফটোকপি এবং ডিজিটাল কপি গ্রহণযোগ্য), অবকাশ যাচাইকরণ ফর্ম (যদি রসিদটি আংশিক ব্যয়পূরণের জন্য অন্য কোনও এজেন্সির কাছে জমা দেওয়া হয়, তবে কোন সংস্থার কাছে রসিদটি রয়েছে তা তালিকাভুক্ত করুন।)

চিকিৎসাগত ন্যায্যতা / ডাক্তার বা চিকিত্সকের কাছ থেকে প্রাপ্ত চিঠি যদি অনুরোধটি কোনও চিকিৎসা আইটেম / পরিষেবার জন্য করা হয়

যদি আত্ম-নির্দেশনায় নথিভুক্ত করা হয়, তবে সাম্প্রতিকতম আত্ম-নির্দেশনার ব্যয় প্রতিবেদন বা বাজেটের একটি কপি যা যাচাই করে যে পারিবারিক ব্যয়পূরণের হিসাব করা হয়েছে।

যদি একটি CCOতে নথিভুক্ত করা হয়, তবে FSS পারিবারিক ব্যয়পূরণের সাথে সাম্প্রতিকতম জীবন পরিকল্পনার একটি কপি সঠিকভাবে নথিভুক্ত করা হয়েছে।

10. এই অনুরোধটি কীভাবে ব্যক্তির অক্ষমতার সাথে সরাসরি সম্পর্কিত হয়? অনুগ্রহ করে একটি পৃষ্ঠা যোগ করুন বা নীচের জায়গাটিতে উত্তর দিন। সুনির্দিষ্ট কথা বলুন এবং উপযুক্ত হিসাবে ন্যায্যতা প্রদান করুন।

যদি পণ্য বা পরিষেবাদের জন্য করা কোনও দাবি প্রত্যাহারমূলক বলে আবিষ্কার করা হয়, তবে যে এজেন্সির কাছে সেই ব্যয়পূরণের আবেদনপত্রটি জমা দেওয়া হয়েছিল তাকে অবহিত করা হয় (যদি তারা আবিষ্কারকারী সত্তা না হয়) অবহিত করা হয় এবং আলোচ্য অনুরোধ এবং ব্যয়পূরণের অনুরোধের সাথে সরবরাহ করা সমস্ত নথিপত্রের তদন্ত করা হয়। যদি প্রত্যাহারমূলক দাবি করা হয়েছে বলে নিশ্চিত ভাবে জানা যায়, তাহলে সেই ব্যক্তি/পরিবারকে যে পরিমাণ রাশি ব্যয়পূরণ করা হয়েছে সেটা এজেন্সিটিকে ফেরত দিতে হবে (যদি পরিষেবা/পণ্যটির ব্যয়পূরণ ইতিমধ্যে করা হয়ে থাকে) এবং এজেন্সি এবং OPWDD দ্বারা নির্ধারিত সময় পর্যায়ের জন্য পণ্য ও পরিষেবাদের জন্য ভবিষ্যতে প্রাপ্য কোনও ব্যয়পূরণ পাওয়া স্থগিত রাখা হবে। ব্যয়পূরণ গ্রহণকারীদের বিরুদ্ধে এজেন্সি এবং OPWDD দ্বারা নির্ধারিত ধরনের আইনী পদক্ষেপও নেওয়া হতে পারে।

পরিবারগুলি যে কোনও সময় RO বা একটি FSS ব্যয়পূরণ প্রদানকারী সংস্থার কাছে ব্যয়পূরণের জন্য অনুরোধ জমা দিতে পারে, যার উপর নির্ভর করে যে সত্তাটি সেই অঞ্চলে ব্যয়পূরণের কর্মসূচী পরিচালনা করে, সে পারিবারিক ব্যয়পূরণ প্রদানকারী এজেন্সি দ্বারা প্রদত্ত ফর্মটি ব্যবহার করে বা ব্যক্তির কেয়ার ম্যানেজার বা কেয়ার কো-অর্ডিনেটরের কাছ থেকে সেটি অর্জন করে। তহবিল শুধুমাত্র একটি চুক্তিবর্ষের ভিত্তিতে উপলব্ধ হয়। কোনও অনুমোদিত, কিন্তু অব্যবহৃত, ব্যয়পূরণগুলি গ্রহণকারী পরিবার দ্বারা এক বছর থেকে পরের বছর পর্যন্ত টেনে আনা যাবে না। আত্ম-নির্দেশিত ব্যক্তিদের জন্য, FSS কর্মসূচীটি যেন বর্তমান বাজেটে অন্তর্ভুক্ত করা হয় তা নিশ্চিত করার জন্য যাচাইকরণ করা হয়। বাজেটে তহবিল অন্তর্ভুক্তির ঘটনা এই নিশ্চয়তা দেয় না যে অনুরোধটি অনুমোদিত হবে। ব্যয়পূরণের অনুরোধগুলি অবশ্যই FSS নির্দেশিকাগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। ব্যক্তি, পরিবার, কেস ম্যানেজার বা উকিলদের দ্বারা যে কোনও পারিবারিক ব্যয়পূরণ কর্মসূচী সরবরাহকারীর কাছে আবেদনপত্রগুলি জমা দেওয়া যেতে পারে। ক্রয়/ঘটনার 90 দিনেরও বেশি সময় পরে জমা দেওয়া যে কোনও কিছু ব্যয়পূরণ কর্মসূচী সরবরাহকারীর স্বেচ্ছাধীন বিবেচনার ভিত্তিতে প্রদান করা হবে। যে আবেদনপত্রগুলি সম্পূর্ণরূপে পূরণ করা হয় না সেগুলি ফেরত দেওয়া হবে এবং অর্থ প্রদান বিলম্বিত হবে।

* আমি উপরের বিবৃতিটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি যে ব্যয়পূরণের জন্য আমার অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত তথ্য OPWDD এর আঞ্চলিক/জেলার অন্যান্য এজেন্সির সাথে পারস্পরিকভাবে শেয়ার করা এবং/অথবা প্রাপ্ত হতে পারে:

11. ফর্মটিতে স্বাক্ষরকারী পিতা-মাতা/অভিভাবকের ছাপার হরফে নাম:	11a. সম্পূর্ণ করার তারিখ:
<p>11b. পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:</p> <hr/> <p>*আবেদনপত্র অবশ্যই স্বাক্ষরসহ জমা করতে হবে</p>	
12. যদি শুশ্রূষা সমন্বয়কারী জমা করে থাকেন, ছাপার হরফে তার নাম:	12a. শুশ্রূষা সমন্বয়কারী সংগঠন - কেয়ার কোঅর্ডিনেশন অর্গানাইজেশন (CCO) এর নাম:
13. জমা করার তারিখ:	