**সুবিধা কেন্দ্রের নাম প্রবেশ করাতে ক্লিক করুন**

**স্থানান্তর/মুক্তির নোটিশ**

**তারিখ:** একটি তারিখ প্রবেশ করাতে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**আবাসিক:** আবাসিকের পূর্ণ নাম প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**নির্ধারিত প্রতিনিধি:** নির্ধারিত প্রতিনিধির পুরো নাম প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

এটি আপনাকে জানানো হচ্ছে যে ইন্টারডিসিপ্লিনারি টিম নির্ধারণ করেছে যে আপনাকে -একটি তারিখ প্রবেশ করাতে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন এ স্থান এবং ঠিকানা প্রবেশ করতে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন এ মুক্ত করা হবে।

10 NYCRR § 415.3 এবং 42CFR483.15, অনুসারে এইস্থানান্তর/মুক্তির নোটিশ জারি করা হচ্ছে কারণ:

***এতদ্বারা প্রমাণিত,*** *সুবিধা কেন্দ্রের মধ্যে বসবাসের যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টার পরে আবাসিকের চাহিদা পূরণ করা যাবে না:*টেক্সট প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**এতদ্বারা প্রমাণিত,** আবাসিকের স্বাস্থ্য যথেষ্ট উন্নত হয়েছে তাই আবাসিকের সুবিধা কেন্দ্র দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবাগুলির আর প্রয়োজন নেই*:* টেক্সট প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**এতদ্বারা প্রমাণিত,** সুবিধা কেন্দ্রে থাকা ব্যক্তিদের নিরাপত্তা বিপন্ন হবে:টেক্সট প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**এতদ্বারা প্রমাণিত,** সুবিধা কেন্দ্রটিতে থাকা ব্যক্তিদের স্বাস্থ্য বিপন্ন হবে:টেক্সট প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

***এতদ্বারা প্রমাণিত,*** আবাসিক যুক্তিসঙ্গত এবং উপযুক্ত নোটিশের পরে, সুবিধায় থাকার জন্য অর্থ প্রদান করতে (বা Medicare, Medicaid, বা তৃতীয় পক্ষের বীমার অধীনে অর্থ প্রদান করতে) ব্যর্থ হয়েছেন, চার্জগুলি বিতর্কিত নয়, সুবিধাগুলি অস্বীকার করার কোনও আপীল মুলতুবি নেই, বা পেমেন্ট করার জন্য তহবিল উপলব্ধ এবং আবাসিক তহবিল প্রাপ্তির ক্ষেত্রে এই সুবিধা কেন্দ্রের সাথে সহযোগিতা করতে অস্বীকার করে:টেক্সট প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

সুবিধাকেন্দ্রটি নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগ থেকে পরিষেবা প্রদান করার পরিকল্পনার অনুমোদন পেয়েছে এবং পরিষেবা বন্ধ করছে।

## আপীল ও শুনানির অধিকার

যদি আপনি প্রস্তাবিত স্থানান্তর/মুক্তির সাথে একমত না হন, তাহলে আপনার এটির বিরুদ্ধে আপীল করার এবং একটি প্রমাণসূচক শুনানির অনুরোধ করার অধিকার আছে। আপনি নিউইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগ (New York State Department of Health, NYSDOH) -এর সাথে নিম্নোক্ত যেকোনও উপায়ে যোগাযোগ করে আপীল এবং শুনানির জন্য একটি অনুরোধ দায়ের করতে পারেন:

**ফোন নম্বর:** 1-888-201-4563 নম্বরে NYSDOH নার্সিং হোম কম্পেইন্ট হটলাইনে কল করুন।

**ইন্টারনেট:** [https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-form ওয়েবসাইটে](https://apps.health.ny.gov/surveyd8/nursing-home-complaint-formওয়েবসাইটে) উপলব্ধ অনলাইন নার্সিং হোম কম্পেইন্ট ফর্মটি পূরণ করুন এবং জমা দিন।

**ডাকযোগে:** একটি ছাপানো নার্সিং হোম কম্পেইন্ট ফর্ম পূরণ করুন এবং নিম্নলিখিত ঠিকানায় ডাকযোগে প্রেরণ করুন:

NYS DOH Centralized Complaint Intake Program

875 Central Ave,

Albany, NY 12206

**ফ্যাক্স:** একটি নার্সিং হোম কম্পেইন্ট ফর্ম পূরণ করুন এবং সেটিকে 518-408-1157 নম্বরে ফ্যাক্স করুন।

**ইমেইল:** একটি নার্সিং হোম কম্পেইন্ট ফর্ম পূরণ করুন এবং স্ক্যান করা একটি অনুলিপি [nhintake@health.ny.gov](mailto:nhintake@health.ny.gov) ই-মেইল এ ইমেইল করুন।

নার্সিং হোম কম্পেইন্ট ফর্মটি অনলাইনে <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5022.pdf> এ উপলব্ধ।

আবাসিক স্থানান্তর/মুক্তির নোটিশ প্রাপ্তির তারিখ থেকে ষাট (60) দিনের মধ্যে সমস্ত আপীলের অনুরোধ জমা দিতে হবে।

যদি এই সুবিধা কেন্দ্র থেকে আবাসিকের স্থানান্তর/মুক্তির পূর্বে NYSDOH -এর সাথে আপীলের অনুরোধ দায়ের করা হয়, তাহলে আবেদনকারী শুনানির সিদ্ধান্ত মুলতুবি থাকার কারণে (আসন্ন বিপদের কারণে স্থানান্তর/মুক্তির ক্ষেত্র বাদে) সুবিধা কেন্দ্রে থাকতে পারে। এটা উল্লেখ করা উচিত যে কোন আবাসিক যদি আপীল মুলতুবি থাকার দরুন সুবিধা কেন্দ্রে থাকতে পছন্দ করে এবং আবাসিকের আপীল যদি খারিজ হয়ে যায় তবে সেক্ষেত্রে আবাসিক সুবিধা কেন্দ্রে থাকার দরুন মূল্য প্রদান করতে আইনত বাধ্য হতে পারে।

সুবিধা কেন্দ্র থেকে স্থানান্তর/মুক্তির পর আবাসিক NYSDOH -এর সাথে একটি আপীল এবং শুনানির অনুরোধ দায়ের করলে একটি মুক্তি/স্থানান্তর পরবর্তী শুনানি অনুষ্ঠিত হবে। এইসব ক্ষেত্রে বা আসন্ন বিপদের কারণে স্থানান্তর/মুক্তির সাথে জড়িত ক্ষেত্রগুলিতে, আবাসিকের আপীলের উপর শুনানিতে যদি তার জয় হয় তবে আবাসিকের সুবিধা কেন্দ্রে পরবর্তী উপলব্ধ সেমি-প্রাইভেট বিছানায় ফিরে যাওয়ার অধিকার আছে।

প্রমাণসূচক শুনানিতে, আবাসিক নিজেই নিজের প্রতিনিধিত্ব করতে পারে, বা একজন আইনী পরামর্শদাতার, একজন আত্মীয়ের, একজন বন্ধুর, বা অন্য কোন মুখপাত্র ব্যবহার করতে পারেন।

আইনের পরিবর্তনের উপর ভিত্তি করে কোনোও একটি কাজ করার ক্ষেত্রে, আবাসিককে এমন একটি পরিস্থিতির ব্যাখ্যা করা হবে যার অধীনে একটি আপীলের অনুমোদন দেওয়া হবে।

**ওকালতির ক্ষেত্রে যোগাযোগ**

**স্থানীয় নিউ ইয়র্ক স্টেট লং টার্ম কেয়ার ন্যায়পাল:**

**নাম:** স্থানীয় NYC LTC ন্যায়পালের নাম প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**ঠিকানা:** স্থানীয় NYS LTC ন্যায়পালের ঠিকানা প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**ফোন নম্বর:** স্থানীয় NYS LTC ন্যায়পালের ফোন নম্বর প্রবেশ করাতে এখানে ক্লিক করুন বা আলতো চাপুন

**প্রতিবন্ধকতা অধিকার নিউ ইয়র্ক:**

**বুদ্ধিবৃত্তিক ও উন্নয়নমূলক প্রতিবন্ধকতা বা সংশ্লিষ্ট প্রতিবন্ধকতা সহ নার্সিং সুবিধা কেন্দ্রের আবাসিকদের জন্য।**

**ঠিকানা:** 725 Broadway, Suite 450, Albany, New York 12207

**ইমেইল:** [Mail@DRNY.org](mailto:Mail@DRNY.org)

**ফোন নম্বর:** 518-432-7861

**টোল ফ্রি নম্বর:** 1-800-993-8982

**আইনি পরিষেবা সংস্থা এবং সাম্প্রদায়িক সংস্থান প্রদানকারী আবাসিক ওকালতি পরিষেবা গাইড:**

<https://www.health.ny.gov/facilities/nursing/docs/community_resource_guide.pdf>

|  |
| --- |
|  |

**আবাসিকের স্বাক্ষর:**

|  |
| --- |
|  |

**তারিখ:**

|  |
| --- |
|  |

**আবাসিকের প্রতিনিধির স্বাক্ষর:**

|  |
| --- |
|  |

**তারিখ:**

|  |
| --- |
|  |

**সুবিধা কেন্দ্রের প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং উপাধি:**

|  |
| --- |
|  |

**তারিখ:**

|  |
| --- |
|  |

**নির্ধারিত প্রতিনিধিকে মৌখিকভাবে অবহিত করা হয়:**

|  |
| --- |
|  |

**নির্ধারিত প্রতিনিধির কাছে নথিপত্রগুলি ডাকযোগে পাঠানো হয়:**

|  |
| --- |
|  |

**NYS ন্যায়পালের কাছে ডাকযোগে নথিপত্র পাঠানো হয়:**

|  |
| --- |
|  |

**পরিবারের সদস্যদের কাছে ডাকযোগে নথিপত্র পাঠানো হয়::**