New York State Department of Health
Medicaid

Health Home নির্বাচন না করার ফরম

সাক্ষ্য বিবৃতি

হেলথ হোম যোগ্য Medicaid গ্রাহকের ব্যবহারের জন্য

☐ আমি এর জন্য হেলথ হোম কেয়ার ম্যানেজারের সঙ্গে _____
Health Home–এর নাম

আমার এই Medicaid Medicaid Managed Care (Medicaid ম্যানেজড কেয়ার) প্ল্যানের প্রতিনিধির সঙ্গে দেখা করেছি: _____
Medicaid Managed Care প্ল্যানের নাম

যিনি আমাকে Health Home প্রকল্প এবং আমি পেতে পারি এমন Health Home পরিচর্যা ব্যবস্থাপনা পরিষেবা সম্পর্কে বিশদে জানিয়েছে। আমি এখন Health Home প্রকল্পে যোগদান না করার সিদ্ধান্ত নিয়েছি।

Health Home কেয়ার ম্যানেজার অথবা Medicaid Managed Care প্ল্যানের প্রতিনিধির ব্যবহারের জন্য

☐ আমি টেলিফোনে _____
Medicaid গ্রাহকের নাম

এর সঙ্গেHealth Home প্রকল্প নিয়ে আলোচনা করেছি। Health Home পরিষেবাসমূহের সুবিধা সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা হয়েছে; তবে, Medicaid গ্রাহক এখন যোগ না দেয়ার সিদ্ধান্ত নিয়েছে।

নির্বাচন না করার কারণ

_____

_____

স্বাক্ষর

আমি বুঝেছি যে আমি Health Home কেয়ার ম্যানেজার বা Health Home পরিষেবা পাব না।

আমি এও বুঝেছি যে যদি আমি Office for People With Developmental Disabilities (বিকাশজনিত বিকলত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি নিমিত্ত দপ্তর OPWDD) Home and Community Based Services (বাড়ি ও কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবার, HCBS) যোগ্য হই এবং আমি Health Home পরিষেবা নির্বাচন না করলে, আমাকে HCBS পরিষেবা পেতে একটি বিকল্প পরিচর্যা ব্যবস্থাপনায় নাম নথিভুক্ত করতে হবে।

Medicaid গ্রাহকের নাম (ছাপানো অক্ষরে)	Medicaid গ্রাহকের আসল স্বাক্ষর	তারিখ
Medicaid গ্রাহকের পিতা/মাতা, অভিভাবকের নাম অথবা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি, প্রযোজ্য হলে (ছাপানো অক্ষরে)	Medicaid গ্রাহকের পিতা/মাতা, অভিভাবকের আসল স্বাক্ষর অথবা আইনত অনুমোদিত প্রতিনিধি, প্রযোজ্য হলে	তারিখ
হেলথ হোম কেয়ার ম্যানেজারের নাম (ছাপানো অক্ষরে)	হেলথ হোম কেয়ার ম্যানেজারের আসল স্বাক্ষর	তারিখ
Medicaid ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যানের প্রতিনিধির নাম (ছাপানো অক্ষরে)	Medicaid প্রতিনিধির আসল স্বাক্ষর প্রতিনিধি	তারিখ

দ্রষ্টব্য

যদি আপনি কখনও হেলথ হোম পরিষেবা পেতে চান, তাহলে Medicaid কল সেন্টারের 1-800-541-2831 নম্বরে ফোন করে New York State Medicaid প্রকল্পে অথবা আপনার Medicaid ম্যানেজড কেয়ার প্ল্যানে যোগাযোগ করুন।