

OPWDD FSS পারিবারিক ব্যয়পূরণের আবেদন
শুধুমাত্র সম্পূর্ণরূপে পূরণ করা আবেদনগুলি বিবেচনা
করা হবে*

1. পরিষেবা প্রাপ্তকারী ব্যক্তির নাম লিখুন:

1a জন্মতারিখ:

1b. TABS নং.:

1c. ঠিকানা (রাস্তা/শহর/জিপ):

1d. কাউন্টি:

1e. বাড়িতে সদস্যের সংখ্যা:

2. পিতামাতা/আত্মীয়/অভিভাবকের নাম:

2a. পিতামাতা / অভিভাবকের ইমেল:

2b. পিতামাতা / অভিভাবকের ফোন #:

3. কেয়ার ম্যানেজারের নাম:

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

3b. কেয়ার ম্যানেজারের ইমেল:

3c. কেয়ার ম্যানেজারের ফোন #:

4. আর্থিক মধ্যস্থতাকারী (প্রয়োজ্য হলে- নাম/এজেন্সি/ফোন/ইমেল):

5. নির্ধারণ - অনুগ্রহ করে OPWDD-এর অনুযায়ী প্রয়োজ্য প্রত্যেকটিতে দাগ দিন

বুদ্ধিবৃত্তিক প্রতিবন্ধিতা ট্রম্যাটিক ব্রেন ইনজুরি - TBI

অন্যান্য অটিজম

সেরিব্রালপালসি

মৃগী (থিঁচুনি) স্নায়বিক প্রতিবন্ধিতা

6. ব্যয়পূরণের জন্য অনুরোধ করা আইটেম (গুলি) বা পরিষেবাটি কী - অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন:

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন- নিউ ইয়র্ক স্টেট স্যানিটারি কোডের (10 NYCRR সাবপার্ট 7) এর অধীন, শুধুমাত্র নিউইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ এবং/অথবা স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগ থেকে অনুমতিপ্রাপ্ত ক্যাম্পগুলিই ব্যয়পূরণের জন্য যোগ্য।

এই আবেদনে অনুরোধ করা মোট পরিমাণ:

*নির্দেশিকাগুলি কি এই পণ্য/পরিষেবাকে কোনো সঙ্কটকালীন পরিস্থিতি হিসাবে চিহ্নিত করে? অনুগ্রহ করে একটিতে দাগ দিন:

হ্যাঁ না

7. আপনি কি প্রাথমিক চিকিৎসা বীমা থেকে তহবিল পাওয়ার চেষ্টা করেছেন, যার মধ্যে রয়েছে ফ্লেক্সিবল স্পেন্ডিং অ্যাকাউন্ট এবং অন্যান্য উৎস যেমন মেডিকেড, মেডিকেয়ার, স্ব-নির্দেশন, পরিবেশগত পরিবর্তন বা সহায়ক প্রযুক্তির জন্য HCBS মওকুফ ইত্যাদি।

হ্যাঁ না ফলাফল :

7a. ব্যক্তি কি মেডিকেড-এ নথিভুক্ত?

হ্যাঁ না

7b. আপনি হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক (HCBS) মওকুফ এবং/অথবা OPWDD স্টেট পরিকল্পনা পরিষেবাগুলির মাধ্যমে কোন পরিষেবাগুলি পান?

- অবকাশ ডে হ্যাবিলিটেশন আবাসিক দেখভালকারী প্রাক-বৃত্তিমূলক পরিষেবা
- রেসিডেন্সিয়াল হ্যাবিলিটেশন কর্মএজেন্সির জন্য সহায়তা কমিউনিটি ট্রানজিশন সার্ভিস
- আর্থিক মধ্যস্থতাকারী ব্যক্তিগতভাবে নির্দেশিত পণ্য ও পরিষেবা সহকারী ব্রোকারেজ

সহায়ক প্রযুক্তি- অ্যাডাপ্টিভ ডিভাইস কমিউনিটি হ্যাবিলিটেশন পারিপার্শ্বিক পরিবর্তন

পারিবারিক শিক্ষা ও প্রশিক্ষণ ইনটেনসিভ বিহেভোরিয়াল সার্ভিসেস কর্মসংস্থানের দিকগুলি

যানবাহনে পরিবর্তন সেগুলির যত্ন সমন্বয়ের পরিষেবা বুদ্ধিবৃত্তিক/বিকাশগত প্রতিবন্ধিতা থাকা ব্যক্তিদের জন্য সঙ্কটকালীন পরিষেবা

আর্টিকেল 16 ক্লিনিক

7c. এমন কেউ আপনার বাড়িতে থাকেন যিনি পরিষেবা প্রাপ্তকারী ব্যক্তির যত্ন নেওয়ার জন্য পেমেন্ট পাচ্ছেন?

হ্যাঁ না

8. আপনি এই চুক্তির বছরে আবেদন করেছেন বা পেয়েছেন এমন প্রতিটি ব্যয়পূরণের তালিকা করুন: (প্রয়োজনে অন্য পৃষ্ঠা যোগ করুন) এই তথ্য অবশ্যই জানাতে হবে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে ব্যয়পূরণের সর্বাধিক মোট পরিমাণ হল \$3,000. যদি আপনার কোনো বড় ব্যয়পূরণের অনুরোধ থাকে যা একটি এজেন্সির অভ্যন্তরীণ সীমা ছাড়িয়ে যায় এবং আপনি আংশিক ব্যয়পূরণের জন্য একাধিক এজেন্সির কাছে আবেদন জমা দিচ্ছেন তাহলে আপনাকে অবশ্যই তা নীচের বিভাগে উল্লেখ করতে হবে

এজেন্সি **তারিখ** **রিমাণ** **অনুমোদিত**
প্রত্যাহ্যাত **স্বগিত**

এজেন্সি	তারিখ	রিমাণ	অনুমোদিত

9. প্রয়োজনীয় নথিগুলির তালিকা: (অনুগ্রহ করে এই আবেদনের সাথে সংযুক্ত করুন):

- স্বাক্ষরিত আবেদন, রসিদ/ইনভয়েস ফটোকপি এবং ডিজিটাল কপি গৃহীত), অবকাশ যাচাইকরণের ফর্ম। (আংশিক ব্যয়পূরণের জন্য অন্য এজেন্সির কাছে রসিদ জমা দেওয়া হলে রসিদটির কোন এজেন্সির কাছে রয়েছে তা উল্লেখ করুন।)
- যদি অনুরোধটি একটি ক্লিনিকাল আইটেম বা পরিষেবার জন্য হয়, অনুগ্রহ করে একটি ক্লিনিকাল কারণ বা একজন ডাক্তার বা চিকিৎসকের কাছ থেকে একটি
- যদি স্ব-নির্দেশে নাম নথিভুক্ত করা হয়ে থাকে, তাহলে স্ব-নির্দেশের জন্য সাম্প্রতিকতম বাজেট বা ব্যয় ব্যয়ের

রিপোর্টের একটি অনুলিপি

- যা প্রমাণ করে যে পারিবারিক ব্যয়পূরণ সঠিকভাবে হিসাব করা হয়েছে। আপনি যদি একটি CCO-এর সাথে নথিভুক্ত হন, সঠিকভাবে নথিভুক্ত FSS পারিবারিক ব্যয়পূরণ সহ সাম্প্রতিক জীবন পরিকল্পনার একটি অনুলিপি।

10. কীভাবে এই অনুরোধটি সরাসরি ব্যক্তির প্রতিবন্ধিতার সাথে সম্পর্কিত? অনুগ্রহ করে একটি পৃষ্ঠা যোগ করুন বা নীচে দেওয়া জায়গায় উত্তর দিন। নির্দিষ্টভাবে জানান এবং উপযুক্ত কারণ প্রদান করুন।

যদি দাবিটি প্রতারণামূলক হিসাবে প্রমাণিত হয়, তাহলে ব্যক্তি/পরিবারকে ইতিমধ্যে পেয়ে থাকা ব্যয়পূরণের অর্থ ফেরত করতে হবে (যদি পরিষেবা বা পণ্যটির জন্য ইতিমধ্যেই ব্যয়পূরণ করা হয়ে থাকে), এবং এজেন্সি ও OPWDD দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমার জন্য পণ্য ও পরিষেবার ক্ষেত্রে ভবিষ্যতের ব্যয়পূরণ স্থগিত রাখা হবে। এজেন্সি এবং OPWDD ব্যয়পূরণ প্রাপ্তকারীর বিরুদ্ধে আইনি ব্যবস্থা নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারে।

কোন এজেন্সি সেই অঞ্চলের ব্যয়পূরণ কর্মসূচি পরিচালনা করে তার উপর নির্ভর করে, পরিবারগুলি পারিবারিক ব্যয়পূরণ প্রদানকারী এজেন্সির দেওয়া বা ব্যক্তির কেয়ার ম্যানেজার বা কেয়ার কোঅর্ডিনেটরের কাছ থেকে প্রাপ্ত ফর্মটি ব্যবহার করে RO বা FSS ব্যয়পূরণ প্রদানকারী এজেন্সির কাছে ব্যয়পূরণের জন্য অনুরোধ জমা করতে পারে। তহবিল শুধুমাত্র একটি চুক্তির বছর ভিত্তিতে উপলব্ধ। অনুমোদিত এবং অব্যবহৃত ব্যয়পূরণ কোনো প্রাপক পরিবার এক বছর থেকে পরের বছর পর্যন্ত বহন করতে পারে না। স্ব-নির্দেশিত ব্যক্তিদের জন্য, FSS কর্মসূচিটি বর্তমান বাজেটে অন্তর্ভুক্ত আছে কিনা তা নিশ্চিত করতে যাচাইকরণ করা হয়। বাজেটে তহবিল অন্তর্ভুক্তি অনুরোধটি অনুমোদিত হওয়া নিশ্চিত করে না। ব্যয়পূরণের অনুরোধগুলি অবশ্যই FSS নির্দেশিকাগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতে হবে। ব্যক্তি, পরিবার, মামলার ম্যানেজার বা উকিলদের দ্বারা পারিবারিক ব্যয়পূরণ কর্মসূচীর প্রদানকারীর যেকোনো কারোর কাছে আবেদন জমা দেওয়া যেতে পারে। ক্রয় বা সংঘটনের 90 দিন পরে জমা দেওয়া যেকোনো কিছু ব্যয়পূরণ কর্মসূচীর প্রদানকারীর বিবেচনার ভিত্তিতে মঞ্জুর করা হবে। সম্পূর্ণরূপে পূরণ না করা আবেদনগুলি ফেরত দেওয়া হবে, এবং পেমেন্ট বিলম্বিত হবে।

***আমি উপরের বিবৃতিটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি যে OPWDD অঞ্চল/জেলার মধ্যে অন্যান্য এজেন্সিগুলি আমার ব্যয়পূরণের জন্য অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করতে এবং/অথবা পেতে পারে:**

11. ফর্মের স্বাক্ষরকারী পিতামাতা/অভিভাবকের নাম
স্পষ্টভাবে লিখুন:

11a. সম্পূর্ণ করার তারিখ:

11b. পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:

*** অবশ্যই স্বাক্ষরিত আবেদন জমা দিতে হবে**

12. দেখভাল সমন্বয়ক দ্বারা জমা দেওয়া হলে, নাম স্পষ্টভাবে লিখুন:	12a. দেখভাল সমন্বয় সংস্থার (CCO) নাম:
13. জমা দেওয়ার তারিখ:	05/2023