



Office for People With Developmental Disabilities

OPWDD গৃহ ও সম্প্রদায় ভিত্তিক পরিষেবার (HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES- HCBS) দাবীত্যাগে অংশগ্রহণ করার আবেদনপত্র

আবেদনকারীর নাম: _____

বর্তমান ঠিকানা: _____

সামাজিক সুরক্ষা #: _____

জন্মতারিখ: _____

মেডিকেড #: _____

দেশ: _____

বর্তমানে Medicaid এ নথিভুক্ত নাহলে এখানে টিক দিন।

আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের বিকাশে অক্ষম মানুষের জন্য দপ্তর দ্বারা নিয়ন্ত্রিত গৃহ ও সম্প্রদায় ভিত্তিক পরিষেবার দাবীত্যাগে অংশগ্রহণ করার অনুরোধ জানাচ্ছি। আমি বুঝতে পেরেছি যে এই অনুমোদন নির্ভর করবে গৃহ ও সম্প্রদায় ভিত্তিক পরিষেবার ইন্টারভিউয়েট কেয়ার ফেসিলিটিতে সেবার বিষয়ে আমার অভিবৃতির উপর এবং নিম্নলিখিত ক্ষেত্রগুলির প্রমাণের উপর:

- বিকাশমূলক অক্ষমতা;
- একটি ইন্টারভিউয়েট কেয়ার ফেসিলিটিতে ভর্তির যোগ্যতা;
- Medicaid এ নথিভুক্তির যোগ্যতা;
- একটি কেয়ার ম্যানেজমেন্ট প্রদানকারীর বাছাই;
- যথাযথ সম্প্রদায় ভিত্তিক পরিষেবার উপলব্ধতা;
- এবং
- যথাযথ বসবাসের ব্যবস্থা।

HCBS দাবীত্যাগ পরিষেবার বিবৃত অভিপ্রায়ের তারিখ: _____

আবেদনকারীর সই: _____

আবেদনকারীর নাম (প্রিন্ট): _____

সহায়ক (সই): _____

সহায়ক (প্রিন্ট): _____

সহায়কের ঠিকানা: _____

টেলিফোন নম্বর: _____

তারিখ: _____