



0000000000CF

অনুমোদিত প্রতিনিধির**মনোনয়ন ফর্ম****New York Medicaid Choice**

New York Medicaid Choice এর সাথে আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে কারো নাম দিতে এই ফর্মটি পূরণ করুন।

একজন অনুমোদিত প্রতিনিধির মনোনয়ন (দয়া করে বড় অক্ষরে লিখুন)

আবেদনকারী বা তালিকাভুক্ত ব্যক্তির নাম (শেষ নাম, প্রথম নাম)

Medicaid আইডি _____ SSN _____

চিঠি প্রেরণের ঠিকানা: _____

শহর _____ রাজ্য _____ জিপ কোড _____

জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____

টেলিফোন নম্বর _____ ল্যান্ডলাইন মোবাইল

স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি যে এই অনুমোদন প্রদানের মাধ্যমে, এই ব্যক্তি আমার অ্যাকাউন্ট সম্পর্কে অফিসিয়াল তথ্য পাবেন এবং আমার অ্যাকাউন্ট সম্পর্কিত সমস্ত বিষয়ে আমার পক্ষে প্রয়োজন অনুসারে কাজ করবেন। New York Medicaid Choice এই পূরণ করা ফর্মটি পেলে অনুমোদন কার্যকর হবে এবং আমি বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি New York Medicaid Choice কে অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হয়ে গেছে তা না জানানো পর্যন্ত এটি কার্যকর থাকবে।

আমি New York Medicaid Choice থেকে আমার চিঠিপত্র এই ঠিকানায় পাঠাতে চাই:

শুধু আমি আমি এবং আমার প্রতিনিধি শুধুমাত্র আমার প্রতিনিধি

আবেদনকারী বা তালিকাভুক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর

_____ তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____

অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে মনোনয়নের সম্মতি (দয়া করে বড় অক্ষরে লিখুন)

অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম (শেষ নাম, প্রথম নাম)

চিঠি প্রেরণের ঠিকানা: _____

শহর _____ রাজ্য _____ জিপ কোড _____

টেলিফোন নম্বর _____ ল্যান্ডলাইন মোবাইল

প্রতিনিধির ভাষা সংক্রান্ত পছন্দ লিখিত উপকরণের ক্ষেত্রে:

ইংরেজি স্প্যানিশ চাইনিজ রাশিয়ান হাইতিয়ান ক্রেওল কোরিয়ান ইতালিয়ান বাংলা

স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি আবেদনকারী বা নথিভুক্ত ব্যক্তি সম্পর্কে New York Medicaid Choice কর্তৃক প্রদত্ত যেকোনো তথ্যের গোপনীয়তা বজায় রাখতে সম্মত হচ্ছি। আমি এই অনুমোদনের আওতায় থাকা সমস্ত দায়িত্ব পালন করতে সম্মত, যেন আমি আবেদনকারী বা তালিকাভুক্ত ব্যক্তি। আমি স্বার্থের দ্বন্দ্ব সম্পর্কিত প্রযোজ্য রাজ্য এবং ফেডারেল আইন মেনে চলতেও সম্মত।

যদি আমি কোন সংস্থার পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করি, তাহলে আমি নিশ্চিত করছি যে আমি স্বার্থের দ্বন্দ্ব এবং তথ্যের গোপনীয়তা সম্পর্কিত প্রযোজ্য রাজ্য এবং ফেডারেল আইন মেনে চলব।

অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

_____ তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____

এই ফর্মের জন্য সাহায্যের প্রয়োজন? নিউ ইয়র্ক Medicaid চ্যেসকে 1-800-505-5678 নম্বরে কল করুন (TTY 1-888-329-1541)

এই ফর্ম সম্পর্কিত

আপনি একজন বিশ্বস্ত বন্ধু, আত্মীয়, সঙ্গী, অথবা আইনজীবীকে New York Medicaid Choice সাথে কথা বলার এবং আপনার অ্যাকাউন্ট সম্পর্কিত বিষয়ে আপনার পক্ষে কাজ করার অনুমতি দিতে পারেন। এই ব্যক্তিকে বলা হয় "অনুমোদিত প্রতিনিধি।"

একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি যা করতে পারেন:

নোটিশ এবং অন্যান্য যোগাযোগের কপি গ্রহণ করা; এবং
New York Medicaid Choice সাথে অন্যান্য সমস্ত বিষয়ে আপনার পক্ষে কাজ করা।

আপনাকে **অনুমোদিত প্রতিনিধির মনোনয়নের ফর্মটি** পূরণ করতে হবে যদি:

আপনি প্রথমবারের মতো কাউকে আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে মনোনীত করতে চান; অথবা
আপনি আগে যে অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম দিয়েছিলেন তা পরিবর্তন করতে চান।

যদি আপনার কাছে ইতিমধ্যেই এমন কোনও আইনি নথি থাকে যা নিউ ইয়র্ক স্টেট আইনের অধীনে কাউকে আপনার হয়ে কাজ করার অনুমতি দেয়, তাহলে New York Medicaid Choice অনুমোদিত প্রতিনিধি মনোনয়ন ফর্মের পরিবর্তে সেই নথির একটি অনুলিপি গ্রহণ করতে পারে। আপনি নীচে বর্ণিত পদ্ধতিতে এই নথিটি ডাকযোগে বা ফ্যাক্সে পাঠাতে পারেন। এই উদ্দেশ্যে গৃহীত নথির উদাহরণ হল অভিভাবকত্ব প্রতিষ্ঠার আদালতের আদেশ অথবা পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি ফর্ম।

অনুমোদনের সময়কাল

এই অনুমোদন সম্পূর্ণ স্বেচ্ছাপ্রদত্ত আপনার মনোনীত ব্যক্তি চিরকাল আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধি হিসেবে থাকবেন, যদি না আপনি আপনার অনুমোদন প্রত্যাহার করেন। আপনার অনুমোদন যেকোনো সময় নীচের ঠিকানায New York Medicaid Choice-এ লিখিতভাবে অথবা **1-800-505-5678** নম্বরে কল করে প্রত্যাহার করা যেতে পারে।

কিভাবে জমা দেবেন

অনুমোদিত প্রতিনিধি পদবী ফর্মটি পূরণ করুন এবং স্বাক্ষর করুন এবং এটি (917) 228-8601 নম্বরে ফ্যাক্সের মাধ্যমে অথবা New York Medicaid Choice, PO Box 5009, New York, NY 10274 -এ মেইল করে জমা দিন।