

NYS ইউনিফর্ম হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার আবেদন করা

আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা/দাতব্য সেবায় আপনার চিকিৎসা বিল পেমেন্টের জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি আপনি বীমা না করেন, যদি আপনার বীমা শেষ হয়ে যায়, অথবা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের মোট 10% এর বেশি পরিশোধিত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়।

প্রয়োজ্য সমস্ত তথ্য সম্পূর্ণ করা

রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য নাম, শেষ)		
জন্ম তারিখ:		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট#:	
শহর	রাজ্য	জিপ কোড
বাড়ির ফোন #:	মোবাইল#:	
পিতা-মাতা/অভিভাবকের নাম বা আইনানুগ প্রতিনিধিদের নাম (যদি রোগী নাবালক শিশু বা প্রাপ্তবয়স্ক না হয়)		
ইমেল ঠিকানা:		

পারিবারিক তথ্য:

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল সদস্যদের নিচে তালিকাভুক্ত করুন। আপনার পরিবারের মধ্যে আপনি, আপনার স্বামী/স্ত্রী বা ঘরের পার্টনার এবং যেকোনো শিশু বা অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তির অন্তর্ভুক্ত। যেমন, এটি একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত প্রত্যেককে অন্তর্ভুক্ত করবে।

মোট আয় মানে কর কাটার আগে আপনার আয়।

মোট আয় হতে পারে কাজের আয় (মজুরি, বেতন, বখশিশ, স্ব-কর্মসংস্থান থেকে উপার্জন), অনর্জিত আয় (সামাজিক নিরাপত্তা, অক্ষমতা, এবং বেকারত্বের সুবিধা), অনুদান (পরিবার বা বন্ধুদের কাছ থেকে তহবিল), এবং আয়ের অন্যান্য উত্স (অস্থায়ী সহায়তা এবং সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয়)।

পুরো নাম	সম্পর্ক	সম্পূর্ণ মোট আয়

হাসপাতাল আপনাকে আয়ের প্রমাণ হিসাবে ডকুমেন্ট জমা দেওয়ার অনুরোধ করতে পারে; ডকুমেন্টের উদাহরণ হিসেবে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে একটি টাকা আদায়ের রশিদ, প্রয়োজ্য হলে আপনার নিয়োগকর্তার একটি চিঠি বা ফর্ম 1040।

স্বাস্থ্য বীমা অবস্থা

আপনার কি কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা আছে, যার মধ্যে মেডিকেল, মেডিকেশার, বা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে ব্যক্তিগত বীমা আছে বা আপনি নিজে থেকে কিনেছেন? হ্যাঁ না

আপনি যদি "না" উত্তর দেন, তাহলে আপনি কি এই প্রোগ্রামগুলির কোনোটির জন্য আবেদন করতে সহায়তা চান?

হ্যাঁ না

কম বীমাকৃত রোগী: বীমা এবং উচ্চ চিকিৎসা ব্যয় আছে এমন মানুষ। আপনার যদি বীমা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে গত 12 মাসে আপনি যে চিকিৎসা বিল পরিশোধ করেছেন তার একটি অনুমান প্রদান করুন।

হাসপাতাল আপনাকে প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ হিসাবে ডকুমেন্টপত্র জমা দেওয়ার অনুরোধ করতে পারে।

রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষ: রোগী না হলে, ফর্মে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম এবং রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য তাদের প্রাধিকার তালিকাভুক্ত করুন (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, পিতামাতা, আইনি প্রতিনিধি)।

আমি বুঝি যে আমার জমা দেওয়া তথ্য বহিরাগত উৎস থেকে যাচাইকরণের বিষয় হতে পারে। আমি প্রত্যয়ন করছি যে তথ্যটি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

স্পষ্ট অক্ষরে নাম লিখুন	তারিখ
রোগী/রোগীর সাথে সম্পর্ক:	
স্বাক্ষর:	

ন্যূনতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

- আপনি সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন যেকোনো সময়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার আবেদনের বিষয়ে সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনাকে এই হাসপাতালে কোনো সিমেন্ট করতে হবেনা। আপনার আবেদন মূলতুবি থাকা অবস্থায় হাসপাতালগুলি হিসাব নিকাশ সংগ্রহের জন্য অগ্রসর হতে পারেনা।
- আপনি যদি আর্থিক সহায়তার অনুমোদন না পান, আপনার আপিল করার অধিকার আছে। কীভাবে তা করতে হবে তার তথ্য আপনি যে হাসপাতালের নোটিশ পাবেন তাতে অন্তর্ভুক্ত করা হবে। আর্থিক সহায়তার পরিমাণ আপিল করার অধিকার আপনার থাকতে পারে। হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্ত পত্রে কীভাবে আপিল করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।
- হাসপাতালগুলি আপনার প্রথম বিলের অন্তত 180 দিনের ভেতরে বিল আদায়ের একটি সংস্থার কাছে আদপেই বিল পাঠাতে পারবেনা।
- ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের 400% এর নিচের রোগীদের জন্য আনপেইড চিকিৎসা বিল পুনরুদ্ধার করার জন্য মামলা দায়ের সহ হাসপাতালগুলিকে আইনি পদক্ষেপ নেওয়ার ব্যাপারে নিষেধ করা হয়েছে। দারিদ্র্য নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনে প্রদত্ত যেকোন তথ্য শুধুমাত্র হাসপাতাল দ্বারা আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণে ব্যবহার করা হবে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত সীমায় গোপনীয় থাকবে।
- একটি হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি দিতে অস্বীকার করতে পারেনা কারণ আপনার একটি বকেয়া চিকিৎসা বিল রয়েছে।
- আপনার যদি এই আবেদনে সহায়তার প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে **BronxCare Health System- আর্থিক সহায়তা অফিস/দাতব্য সেবা (718) 466-7263 অথবা (718) 901-6986** এ যোগাযোগ করুন
- আপনার যদি এই আবেদনের সাথে অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হয় বা একটি সিদ্ধান্তের আপীল করতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, আপনি কমিউনিটি স্বাস্থ্য পরামর্শকদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: 888-614-5400 নাম্বারে।

যোগ্যতা

নিচে উল্লেখিত আয়ের স্তরের চেয়ে বেশি অর্থ ছাড়ের জন্য এবং/অথবা জনস্বাস্থ্য আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় রোগীদের তুলনায় যোগ্য রোগীদের জন্য অধিকতর অর্থ ছাড় প্রদান করার জন্য হাসপাতালের রোগীর যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করার কোন কিছুই হাসপাতালের ক্ষমতাকে সীমাবদ্ধ করেনা। উপরন্তু, অভিবাসন অবস্থা আর্থিক সহায়তা নির্ধারণের উদ্দেশ্যে একটি যোগ্যতার মানদণ্ড হবেনা।

আয়ের স্তর _____

আপনি যদি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তাহলে নিচের মতো স্লাইডিং ফি স্কেলে আপনার আয় অনুযায়ী আপনার ব্যয় হ্রাস করা হবে:

200% FPL এর নিচে _____

সমস্ত ব্যয় মওকুফ করা হবে

200% - 300% FPL _____

কম বীমাকৃত রোগী: মেডিকেড পরিষেবার জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হবে তার 10% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল।

কম বীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হবে তার সর্বোচ্চ 10% পর্যন্ত।

301% - 400% FPL _____

কম বীমাকৃত রোগী: মেডিকেড পরিষেবার জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হবে তার 20% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল।

কম বীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হবে তার সর্বোচ্চ 20% পর্যন্ত।

বার্ষিক হালনাগাদ করা হয়েছে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
হাসপাতালগুলি যোগ্য রোগীদের জন্য আরও বেশি ছাড় প্রদান করতে এবং/অথবা উচ্চ আয়ের স্তরে রোগীদের জন্য অর্থ ছাড় সুবিধা দিতে পারে।

কিস্তির পরিকল্পনা

কিস্তি পরিকল্পনা এমন রোগীদের জন্য উপলভ্য রয়েছে যারা একবারে হ্রাসকৃত হার পরিশোধ করতে অক্ষম। মাসিক পেমেন্ট আপনার মোট মাসিক আয়ের 5% এর বেশি হতে পারে না এবং রোগীর কাছ থেকে নেওয়া আনপেইড অর্থের সুদের হার, যদি থাকে, 2% এর বেশি হবেনা।

1	\$31,920	\$47,880	\$63,840
2	\$43,280	\$64,920	\$86,550
3	\$54,640	\$81,960	\$109,280
4	\$66,000	\$99,000	\$132,000
5	\$77,360	\$116,040	\$154,720
6	\$88,720	\$133,080	\$177,440
7	\$100,080	\$150,120	\$200,160
8	\$111,440	\$167,160	\$222,880

পরিবারের আয় প্রমাণের জন্য অনুরোধ

নিচেরগুলি হল ডকুমেন্টগুলির একটি তালিকা যা আপনি আপনার আয় প্রমাণ করতে ব্যবহার করতে পারেন। আপনাকে এই সমস্ত ডকুমেন্ট সরবরাহ করতে হবে। আপনার কোনো আয় না থাকলে আপনি পারিবারিক আয় নাই বলে একটি বিবৃতিও দিতে পারেন। আপনি NY State of Health Marketplace থেকে যোগ্যতা নির্ধারণের পৃষ্ঠাও প্রদান করতে পারেন। আপনার যদি এই ডকুমেন্টটি থাকে, তাহলে আপনাকে হাসপাতালের নিচে তালিকাভুক্ত অন্য কোনো আয়ের তথ্য দিতে হবে।

যদি পরিবার গ্রহণ করে:	প্রতি মাসের অর্থের পরিমাণ:	আবেদনকারী প্রদান করতে পারে:
মজুরি	\$ _____	অনুগ্রহ করে একটি অর্থ পেমেন্টের রশিদ, বা কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার স্বাক্ষরিত এবং তারিখযুক্ত চিঠি, অথবা সাম্প্রতিক আয়কর রিটার্ন দাখিল করুন।
সামাজিক নিরাপত্তা পেমেন্ট	\$ _____	পুরস্কার পত্র/শংসাপত্রের কপি, বা মার্কিন সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনের চিঠিপত্র, বা বার্ষিক সুবিধা পত্র। আপনার সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা পত্রের একটি কপি পেতে, 1-800-772-1213 এ কল করুন বা www.ssa.gov এ যান।
বেকার ভাতা	\$ _____	পুরস্কার পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, বা NYS শ্রম অধিদপ্তর থেকে মাসিক লভ্যাংশের বিবৃতি, অথবা সরাসরি পেমেন্ট কার্ডের কপি, বা NYS শ্রম অধিদপ্তর থেকে চিঠিপত্র, বা NYS শ্রম অধিদপ্তর এর ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে প্রাপকের অ্যাকাউন্টের তথ্যের প্রিন্ট করা কাগজ।
প্রতিবন্ধী ভাতা	\$ _____	পুরস্কার পত্র/সনদপত্রের কপি, বা সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনের চিঠিপত্র, বা বার্ষিক সুবিধা পত্রের কপি। আপনার সুবিধা পত্রের একটি কপি পেতে, 1-800-772-1213 এ কল করুন বা www.ssa.gov এ যান।
কর্মচারীদের ভাতা	\$ _____	পুরস্কার পত্র বা অর্থ পেমেন্টের রসিদের কপি।
ভরণপোষণ/শিশু সহায়তা	\$ _____	আদালতের আদেশের <i>f</i> , বা 3 মাসের নগদ চেক/রসিদ।
লভ্যাংশ/সুদ	\$ _____	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশ বিবৃতি বা 1 মাসের বিবৃতি।
অন্য	\$ _____	কর্ম-বিহীন উপার্জনের পরিমাণ (যদি থাকে), যেমন ভাড়া থেকে আয়, বাড়তি কাজের জন্য নগদ আয় ইত্যাদি উল্লেখ করে চিঠি।
আয় নেই	\$ 0	আয় নাই এমন স্বাক্ষরিত বিবৃতি।