

নিউ ইয়র্ক স্টেটের হাসপাতালগুলির অভিন্ন আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র (NYC Uniform Hospital Financial Assistance Application)

আপনার যদি বীমা না থাকে, আপনার বীমার মেয়াদ যদি শেষ হয়ে গিয়ে থাকে, অথবা আপনার স্বাস্থ্য বীমা আছে কিন্তু চিকিৎসা খাতে পরিশোধ করা মোট খরচের পরিমাণ আপনার আয়ের 10 শতাংশের বেশি হওয়ার প্রমাণ দেখাতে পারেন, তাহলে আপনি আপনার বিল পরিশোধের জন্য হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। এই ফর্মটি পূরণ করার মাধ্যমে হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা পাওয়ার আপনার অনুরোধের প্রথম ধাপটির সূচনা হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সমস্ত হাসপাতাল কর্তৃক ব্যবহার করা হয়।

এই আবেদনপত্রটি অবশ্যই হাসপাতাল থেকে পরিষেবা প্রাপ্ত রোগীদের দ্বারা ব্যবহৃত প্রাথমিক বা মুখ্য^১ ভাষাগুলিতে ছাপাতে হবে।

রোগীর নাম (সম্পূর্ণ তথ্য যেগুলি প্রযোজ্য)

রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য, শেষ)		
জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট #	
শহর	রাজ্য	জিপ
যোগাযোগ করার ফোন #		
পিতামাতা/অভিভাবক বা আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী একজন নাবালক শিশু বা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হয়ে থাকেন)		
ইমেইল অ্যাড্রেস (যদি থাকে)		

পরিবারিক তথ্য:

অনুগ্রহ করে নিচে দেওয়া তালিকাতে আপনার পরিবারের সকল সদস্যের বিবরণ দিন। আপনার পরিবারের মধ্যে আপনি, আপনার স্বামী/স্ত্রী বা সঙ্গী/সঙ্গিনী, এবং কোনো শিশু বা অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি অন্তর্ভুক্ত। উদাহরণস্বরূপ, একই ট্যাঙ্ক রিটার্নে তালিকাভুক্ত সকলকেই এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

মোট আয় (Gross Income) বলতে ট্যাঙ্ক কেটে নেওয়ার পূর্বের আপনার আয়কে বোঝায়।

মোট আয়ের মধ্যে কাজ করার মাধ্যমে আয় (মজুরি, বেতন, বখশিশ, স্ব-কর্মসংস্থান থেকে আয়), অর্জিত নয় এমন আয় (সামাজিক নিরাপত্তা, অক্ষমতা, এবং বেকারত্ব ভাতা), অবদান বা অনুদান (পরিবার বা বন্ধুদের কাছ পাওয়া থেকে পুঁজি), এবং আয়ের অন্যান্য উৎস (অস্থায়ী সহায়তা এবং অতিরিক্ত নিরাপত্তা আয়) নিহিত থাকতে পারে।

সম্পূর্ণ নাম	সম্পর্ক	মোট অপরিশোধিত আয়/Total Gross Income (বর্তমান)
	স্বয়ং	

^১ "প্রাথমিক বা মুখ্য ভাষা" বলতে এমন যেকোনো ভাষাকে বোঝায় যেটি প্রতি বছর উপস্থিত রোগীদের মধ্যে কমপক্ষে 5 শতাংশ কথাবার্তা বা যোগাযোগ করতে ব্যবহার করেন অথবা প্রাথমিক হাসপাতাল পরিষেবা অঞ্চলের জনসংখ্যার 1 শতাংশের বেশি দ্বারা কথিত এমন যেকোনো ভাষা, যেটি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জনগণনা দপ্তর (Bureau of the Census) থেকে প্রাপ্ত জনসংখ্যাতাত্ত্বিক তথ্য এবং বিদ্যালয় ব্যবস্থা দ্বারা সংযোজিত তথ্য ব্যবহার করে গণনা করা হয়েছে।

হাসপাতাল, আয়ের প্রমাণ হিসাবে, আপনাকে নথিপত্র জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে;
নথিপত্রের উদাহরণগুলির মধ্যে একটি বেতনের রসিদ, কিংবা যদি প্রযোজ্য হয় তাহলে আপনার
নিয়োগকর্তার কাছ থেকে একটি চিঠি, অথবা ফর্ম 1040 অন্তর্ভুক্ত হতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমা স্থিতি

আপনার কি কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা করানো আছে, যেমন ধরুন Medicaid, Medicare, অথবা আপনার
নিয়োগকর্তার মাধ্যমে করানো কোনো বেসরকারি বীমা কিংবা আপনি নিজে কিনেছেন এমন কিছু?

হ্যাঁ না

যদি আপনি “না” উত্তরটি নির্বাচন করে থাকেন, তাহলে কি আপনি এই প্রোগ্রামগুলির মধ্যে কোনোটিতে
আবেদন করার জন্য সহায়তা প্রাপ্ত করতে চান?

হ্যাঁ না

আংশিক বীমাকৃত রোগী: বীমা করানো রয়েছে এবং চিকিৎসার উচ্চ খরচ সম্পর্ক ব্যক্তিরা।
আপনার যদি বীমা থেকে থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে বিগত 12 মাসে আপনার পরিশোধ করা চিকিৎসা
বিলের একটি আনুমানিক হিসাব প্রদান করুন

\$

হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসা খাতে পরিশোধ করা খরচের প্রমাণ হিসাবে নথিপত্র জমা দেওয়ার জন্য
অনুরোধ করতে পারে।

রোগী/দায়িত্বপ্রাপ্ত পক্ষ: যদি রোগী না হন, তাহলে ফর্মে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম এবং রোগীর
তরফ থেকে তাদের স্বাক্ষর করার কর্তৃত্ব বা অধিকার (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, পিতামাতা, আইনি
প্রতিনিধি) তালিকাভুক্ত করুন।

আমি বুঝতে পারছি যে আমি যে তথ্যগুলি জমা দিচ্ছি তা বহিরাগত উৎস থেকে যাচাইয়ের বিষয় হতে
পারে। আমি নিশ্চয়রূপে জ্ঞাত করছি যে তথ্যগুলি আমার সর্বেন্মত জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

বড় হরফে লেখা/ছাপানো নাম	তারিখ
রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক	
স্বাক্ষর	