

শুধুমাত্র প্রশাসনিক ব্যবহারের জন্য  
পরিষেবা-প্রদাতা লং আইল্যান্ড কমিউনিটি  
খাতা #  
চিকিৎসা সংক্রান্ত নথি #

আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র  
(সংযোজন ক)

শুধুমাত্র প্রশাসনিক ব্যবহারের জন্য  
রোগীর প্রকার  
W/O এর পরিমাণ \$  
গণনা পদ্ধতি

I. রোগীর ডেমোগ্রাফিক তথ্য

রোগীর নাম: (পদবী) (প্রথম অংশ) (শেষ অংশ) (এসএসএন – অপ্রয়োজনীয়) (জন্ম তারিখ)  
 গ্যারান্টারের নাম: (পদবী) (প্রথম অংশ) (শেষ অংশ) (এসএসএন – অপ্রয়োজনীয়) (জন্ম তারিখ)  
 ঠিকানা: (রাস্তা) (শহর) (রাজ্য) (জিপি কোড)  
 বাড়ির টেলিফোন: কর্মক্ষেত্রের টেলিফোন: মোবাইল ফোন:

II. গৃহস্থের তথ্য

রোগীর বৈবাহিক স্থিতি: (একটিতে বৃত্ত আঁকুন)	বিবাহিত	অবিবাহিত	বিবাহ-বিচ্ছিন্ন	গৃহস্থের মোট সদস্য সংখ্যা:
পতি/পত্নী এবং নির্ভরশীল ব্যক্তি(দের) নাম(গুলি): (অতিরিক্ত নির্ভরশীল ব্যক্তির জন্য পৃথক পাতা ব্যবহার করুন)	জন্ম তারিখ	সামাজিক সুরক্ষা সংখ্যা (অপ্রয়োজনীয়)		

III. বর্তমান কর্মসংস্থানের তথ্য

চাকুরিজীবীর নাম (রোগী, গ্যারান্টার, স্বামী/স্ত্রী, অথবা নির্ভরশীল ব্যক্তি):	নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং নিয়োগের তারিখ
	নিয়োগের তারিখ:
	নিয়োগের তারিখ:
	নিয়োগের তারিখ:

IV. বীমার তথ্য (বীমা সংক্রান্ত অতিরিক্ত তথ্যের জন্য পৃথক পাতা ব্যবহার করুন)

আপনি কি কোন স্বাস্থ্য বীমা (মেডিকেলিড এবং এনওয়াইসি স্টেট অফ হেলথ প্ল্যান সহ) এর আওতায় আছেন বা আবেদন করছেন?	হ্যাঁ	না
যদি উত্তর হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে করে ব্যাখ্যা করুন: (বীমা কোম্পানির নাম, ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর, পলিসি/গ্রুপ নম্বর এবং গ্রাহকের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন)		

V. অন্যান্য তথ্য

কোন দুর্ঘটনা বা আঘাতের ফলে চিকিৎসা?	হ্যাঁ	না
হ্যাঁ হলে, দুর্ঘটনার তারিখ		
দুর্ঘটনার সংক্ষিপ্ত বিবরণ		
দুর্ঘটনার রাস্তা, শহর এবং রাজ্য:		
একজন বাড়ির মালিকের বা দায় বীমা জড়িত হবে?		

যতক্ষণ না হাসপাতাল আপনার আবেদনের বিষয়ে তার সিদ্ধান্ত জানিয়ে আপনাকে কোনো চিঠি না পাঠাচ্ছে ততক্ষণ পর্যন্ত আপনাকে হাসপাতালে কোনো টাকা দিতে হবে না

আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র  
(সংযোজন খ)

VI. আর্থিক বিবৃতি

রোগী, গ্যারান্টার, পত্নী এবং নির্ভরশীলদের জন্য মোট সংখ্যা লিখুন: (প্রয়োজনে অতিরিক্ত শীট যোগ করুন)

মাসিক আয়:	রাশি:
মোট মজুরি, বেতন, বর্ষশিস	\$
সামাজিক সুরক্ষা	\$
বিকলাঙ্গতা	\$
বেকারত্ব	\$
শিশু সহায়তা	\$
ভরণপোষণ/রক্ষণাবেক্ষণ	\$
ভাড়া থেকে আয়	\$
সম্পত্তি থেকে আয়	\$
পেনশন	\$
ডিভিডেন্ড/সুদ	\$
অন্য আয় (নির্দিষ্ট করে বলুন)	
	\$
	\$
	\$

স্বীকার

আমি প্রত্যয়িত করছি যে উপরোক্ত তথ্যগুলি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং নির্ভুল। আমি অবগত যে প্রতারণামূলক বা বিভ্রান্তিকর তথ্য আমাকে যেকোনো আর্থিক সহায়তার জন্য অযোগ্য করে তুলবে। আমি প্রদত্ত তথ্য যাচাই করার জন্য এবং প্রয়োজ্য যুক্তরাষ্ট্রীয় এবং রাজ্য আইন মেনে বিলিং করার জন্য এবং সংগ্রহ করার জন্য প্রয়োজনীয় যেকোনো তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি। আরও, আমি যেকোনো সহায়তার (মেডিকেল, মেডিকেশন, ইন্সুরেন্স, ইত্যাদি) জন্য আবেদন করব যা আমার হাসপাতালের চার্জ পরিশোধের জন্য উপলব্ধ হতে পারে এবং আমি এই ধরনের সহায়তা পাওয়ার জন্য যুক্তিসঙ্গতভাবে প্রয়োজনীয় যেকোনো ব্যবস্থা নেব এবং হাসপাতালের চার্জের জন্য প্রাপ্ত রাশি হাসপাতালকে বরাদ্দ করব বা প্রদান করব।

আমি এই বিষয়ে অবগত যে এই আবেদনটি করা হয়েছে যাতে হাসপাতালের ফাইলে নির্ধারিত মানদণ্ডের ভিত্তিতে হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে পারে।

উপরন্তু, আমি যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য অনুরোধ অনুযায়ী অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করতে সম্মত। আমি লং আইল্যান্ড কমিউনিটি হাসপাতালকে আমার প্রয়োজন, বীমা যোগ্যতা, আয়, সম্পত্তি, থাকার ব্যবস্থা বা ঠিকানায় যে কোনো পরিবর্তনের বিষয়ে জানাতে সম্মত।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

**যতক্ষণ না হাসপাতাল আপনার আবেদনের বিষয়ে তার সিদ্ধান্ত জানিয়ে আপনাকে কোনো চিঠি না পাঠাচ্ছে ততক্ষণ পর্যন্ত আপনাকে হাসপাতালে কোনো টাকা দিতে হবে না**

# Long Island Community Hospital

লং আইল্যান্ড কমিউনিটি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্রের সঙ্গে সংযুক্ত:

আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করার পদ্ধতি:

1. সংযুক্ত আবেদনটি সম্পূর্ণরূপে পূরণ করুন।
2. পূরণ করা আবেদনপত্রটি 30 দিনের মধ্যে এখানে ফেরত দিন:

লং আইল্যান্ড কমিউনিটি হাসপাতাল  
101 হাসপাতাল রোড  
প্যাচোগ, এনওয়াই, 11772  
বি.দ্র: আর্থিক পরামর্শ

3. সমস্ত কাগজপত্র পাওয়ার পরে আপনার অনুরোধ পর্যালোচনা করা হবে এবং আপনাকে 30 দিনের মধ্যে আপনার আবেদনের বিষয়ে লিখিতভাবে অবহিত করা হবে।

## **গুরুত্বপূর্ণ**

- এই আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্রটি হাসপাতালের খরচের জন্য এবং ডাক্তার বা অন্যান্য কোন পেশাগত খরচ এর আওতায় পড়ে না।
- ব্যক্তিগত কক্ষ বা অন্যান্য ব্যক্তিগত জিনিসের খরচ আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রামের আওতায় পড়ে না।
- বীমার আওতায় পড়ে এরকম নির্বাচনী পরিষেবা যেগুলি লং আইল্যান্ড কমিউনিটি হাসপাতাল দ্বারা গৃহীত নয়, সেগুলি আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির আওতায় পড়ে না।

আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে (631) 687-4653 এ আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে দ্বিধা বোধ করবেন না।

আন্তরিকতার সহিত;

আর্থিক পরামর্শ

**যতক্ষণ না হাসপাতাল আপনার আবেদনের বিষয়ে তার সিদ্ধান্ত জানিয়ে আপনাকে কোনো চিঠি না পাঠাচ্ছে ততক্ষণ পর্যন্ত আপনাকে হাসপাতালে কোনো টাকা দিতে হবে না**