

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতালে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদনপত্র

আপনি যদি বীমাহীন হন, যদি আপনার বীমা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি পরিশোধকৃত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে, তাহলে বিল পরিশোধের ক্ষেত্রে আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার আবেদন শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালের জন্য ব্যবহৃত হয়।

এই আবেদনপত্রটি সেই সমস্ত ভাষায় মুদ্রিত হতে হবে যা হাসপাতালের রোগীরা প্রাথমিকভাবে ব্যবহার করে।

রোগীর নাম (প্রযোজ্য তথ্যগুলো পূরণ করুন)

রোগীর নাম (প্রথম, মাঝের, শেষ)

জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)		
ঠিকানা		আপার্টমেন্ট/ইউনিট নাম্বার #
শহর	রাজ্য	জিপ কোড
ফোন যোগাযোগ#		
পিতামাতা/অভিভাবক বা বৈধ প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী একজন নাবালক শিশু অথবা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হন)		
ইমেইল এড্রেস (যদি থাকে)		

পারিবারিক তথ্য:

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল সদস্যের নাম নিচে তালিকাভুক্ত করুন। আপনার পরিবারে আপনি নিজে, আপনার স্ত্রী বা সঙ্গী, অথবা সন্তান বা নির্ভরশীল ব্যক্তির অন্তর্ভুক্ত থাকবে। উদাহরণস্বরূপ, এটি একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত সকল ব্যক্তিকে অন্তর্ভুক্ত করবে।

মোট আয় বলতে আপনার কর কেটে নেওয়ার আগের আয়কে বোঝায়।

মোট আয় হতে পারে কাজের উপার্জন (বেতন, বোনাস, টিপস, স্বতন্ত্র ব্যবসা থেকে উপার্জন), অনুপার্জিত আয় (সামাজিক নিরাপত্তা, প্রতিবন্ধী ভাতা, ও বেকারত্ব সুবিধা), অবদান (পরিবার বা বন্ধুদের কাছ থেকে তহবিল), ও অন্যান্য আয়ের উৎস (অস্থায়ী সহায়তা এবং অতিরিক্ত নিরাপত্তা আয়)।

পূর্ণ নাম	সম্পর্ক	মোট আয় (বর্তমানে)
	নিজে	

১ "প্রাথমিক ভাষাসমূহ" এর মধ্যে এমন ভাষা অন্তর্ভুক্ত থাকে যা বছরে কমপক্ষে ৫% রোগীর পরিদর্শনের জন্য ব্যবহার করা হয়, অথবা এমন ভাষা যা হাসপাতালের প্রধান সেবা এলাকার জনসংখ্যার ১% এর বেশি লোক কথোপকথনে ব্যবহার করে, যা যুক্তরাষ্ট্রের আদমশুমারি বুরো থেকে প্রাপ্ত জনসংখ্যার তথ্য ও স্কুল সিস্টেম থেকে প্রাপ্ত ডেটা দ্বারা পরিপূরক।

হাসপাতাল আপনাকে আয়ের প্রমাণ হিসেবে ডকুমেন্টেশন জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে; ডকুমেন্টেশনের উদাহরণ হিসেবে একটি পে স্টাব, আপনার নিয়োগকর্তার একটি চিঠি (যদি প্রযোজ্য হয়), অথবা ফর্ম ১০৪০ অন্তর্ভুক্ত হতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমার স্ট্যাটাস

আপনার কি কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা আছে, যেমন মেডিকেল, মেডিকেলর, বা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে প্রাপ্ত অথবা নিজের ক্রয়কৃত ব্যক্তিগত বীমা? হ্যাঁ না

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

হ্যাঁ না

আংশিকভাবে বীমা প্রাপ্ত রোগী: যাদের বীমা আছে কিন্তু উচ্চ চিকিৎসা ব্যয় বহন করছেন। যদি আপনার বীমা থাকে, তাহলে গত ১২ মাসে আপনি যেসব চিকিৎসা বিল পরিশোধ করেছেন তার একটি আনুমানিক পরিমাণ প্রদান করুন।

\$

হাসপাতাল আপনাকে পরিশোধকৃত চিকিৎসা খরচের প্রমাণস্বরূপ ডকুমেন্টেশন জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে।

রোগী/দায়বদ্ধ পক্ষ: যদি রোগী না হন, তবে ফর্মটি স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম ও তাদের রোগীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করার এখতিয়ার (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, বাবা/মা, আইনগত প্রতিনিধি) উল্লেখ করুন।

আমি বুঝতে পারছি যে, আমি যে তথ্যগুলো জমা দিবো তা বাহ্যিক উৎস থেকে যাচাই করা হতে পারে। আমি নিশ্চিত করছি যে, তথ্যগুলো আমার জানামতে সঠিক ও সম্পূর্ণ।

প্রিন্ট নাম	তারিখ
রোগীর সাথে সম্পর্ক	
স্বাক্ষর	

ন্যূনতম যোগ্যতা ও নির্দেশিকা

আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার, ও গোপনীয়তা

- আপনি কালেকশন প্রক্রিয়া চলাকালীন যেকোনো সময় আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার আবেদনের সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত এই হাসপাতালে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। হাসপাতালগুলো আপনার আবেদন প্রক্রিয়াধীন থাকাকালীন আপনার অ্যাকাউন্ট কালেকশনে প্রেরণ করতে পারে না।
- যদি আপনার আর্থিক সহায়তা অস্বীকার করা হয়, সেক্ষেত্রে আপনার আপিল করার অধিকার রয়েছে। কীভাবে এটি করতে হবে সে সম্পর্কিত তথ্য আপনার হাসপাতালের নোটিশে অন্তর্ভুক্ত থাকবে। আপনার আর্থিক সহায়তার পরিমাণ সম্পর্কে আপিল করার অধিকার থাকতে পারে। হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্তপত্রে আপিল করার পদ্ধতি সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।
- হাসপাতালগুলো আপনার প্রথম বিলের পর অন্তত ১৮০ দিন পর্যন্ত অনাদায়ি বিল কালেকশন এজেন্সিতে পাঠাতে পারবে না।
- রোগীর আয় ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের ৪০০% এর নিচে থাকলে অপরিশোধিত চিকিৎসা বিল পুনরুদ্ধারের জন্য হাসপাতালগুলো আইনগত ব্যবস্থা নেওয়া থেকে বিরত থাকে, যার মধ্যে মামলা দায়েরও অন্তর্ভুক্ত। দারিদ্র্য নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনপত্রে প্রদত্ত যেকোনো তথ্য শুধুমাত্র হাসপাতাল দ্বারা আপনার আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করতে ব্যবহৃত হবে ও আইন দ্বারা অনুমোদিত পরিসীমার মধ্যে তা গোপনীয় থাকবে।
- শুধুমাত্র আপনার বকেয়া চিকিৎসা বিল থাকার কারণে একটি হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসার জন্য প্রয়োজনীয় সেবা দিতে অস্বীকার করতে পারে না।
- এই আবেদনপত্রের জন্য সহায়তার প্রয়োজন হলে, দয়া করে জ্যামাইকা হসপিটাল মেডিকেল সেন্টারের ফিন্যান্সিয়াল অ্যাসিস্ট্যান্স অফিসে ৭১৮-২০৬-৮২৭০ নম্বরে যোগাযোগ করুন।
- যদি এই আবেদনপত্রের জন্য অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হয় অথবা একটি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করার জন্য সাহায্য প্রয়োজন হয়, আপনি কমিউনিটি হেলথ অ্যাডভোকেটসের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: ৮৮৮-৬১৪-৫৪০০

যোগ্যতা

নিম্নে উল্লেখিত আয়ের চেয়ে বেশি আয়ের স্তরে পেমেন্ট ডিসকাউন্টের জন্য রোগীর যোগ্যতা নির্ধারণ করার এবং/অথবা পাবলিক হেলথ আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় যোগ্য রোগীদের জন্য বেশি পেমেন্ট ডিসকাউন্ট প্রদান করার জন্য হাসপাতালের ক্ষমতাকে কোনো কিছুই সীমাবদ্ধ করে না।

নিম্নলিখিত ব্যক্তির যোগ্য:

- স্বাস্থ্য বীমা ছাড়া নিম্নআয়ের ব্যক্তি; অথবা
- আংশিকভাবে বীমা প্রাপ্ত ব্যক্তি (যাদের গত বারো মাসে চিকিৎসা খরচ তাদের মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশের বেশি হয়েছে); অথবা
- যারা তাদের স্বাস্থ্য বীমা সুবিধা শেষ করেছেন, ও যারা পূর্ণ বিল পরিশোধের অক্ষমতা প্রমাণ করতে পারেন; অথবা
- হাসপাতালের বিবেচনায়, যারা তাদের কো-পে এবং/অথবা ডিডাক্টিবল পরিশোধের অক্ষমতা প্রমাণ করতে পারেন, তারা হ্রাসকৃত বা ডিসকাউন্টেড পেমেন্টের জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের ৪০০% পর্যন্ত ব্যক্তির আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য।

ফেডারেল দারিদ্র্য	/ স্তর (২০২৬)		
গৃহস্থালার আকার	ব্যাষক পারবারক আয়	মাসিক পারবারক আয়	সাপ্তাহিক পারবারক আয়
১ জন	\$৩১,৯২০	\$৪৭,৮৮০	\$৬৩,৮৪০
২ জন	\$৪৩,২৮০	\$৬৪,৯২০	\$৮৬,৫৬০
৩ জন	\$৫৪,৬৪০	\$৮১,৯৬০	\$১০৯,২৮০
৪ জন	\$৬৬,০০০	\$৯৯,০০০	\$১৩২,০০০
৫ জন	\$৭৭,৩৬০	\$১১৬,০৪০	\$১৫৪,৭২০
৬ জি	\$৮৮,৭২০	\$১৩৩,৮৮০	\$১৭৭,৪৪০
৭ জি	\$১০০,০৮০	\$১৫০,১২০	\$২০০,১৬০

প্রতি বছর হালনাগাদ করা হয়: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

ন্যূনতম ছাড়ের হার

যদি আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হন, আপনার চার্জ আপনার আয় অনুযায়ী নিম্নের স্লাইডিং ফি স্কেলের ভিত্তিতে হ্রাস করা হবে:

আয়ের স্তর	পেমেন্ট
২০০% এফপিএল এর নিচে	সকল চার্জ মওকুফ
২০০% - ৩০০% এফপিএল	আংশিকভাবে বীমা প্রাপ্ত রোগী: স্লাইডিং স্কেল অনুযায়ী মেডিকেড দ্বারা পরিশোধিত সেবার পরিমাণের ১০% পর্যন্ত। আংশিকভাবে বীমা প্রাপ্ত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হবে তার সর্বোচ্চ ১০% পর্যন্ত।
৩০১% - ৪০০% এফপিএল	আংশিকভাবে বীমা প্রাপ্ত রোগী: স্লাইডিং স্কেল অনুযায়ী মেডিকেড দ্বারা পরিশোধিত সেবার পরিমাণের ২০% পর্যন্ত। আংশিকভাবে বীমা প্রাপ্ত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হবে তার সর্বোচ্চ ২০% পর্যন্ত।

হাসপাতালগুলো যোগ্য রোগীদের জন্য আরো বড় ছাড় প্রদান করতে পারে এবং/অথবা উচ্চ আয়ের স্তরের রোগীদের জন্য পেমেন্ট ডিসকাউন্ট অফার করতে পারে।

কিস্তি পরিকল্পনা

যে রোগীরা নগদে ছাড়কৃত মূল্য পরিশোধ করতে অক্ষম, তাদের জন্য কিস্তি পরিকল্পনা উপলব্ধ রয়েছে। মাসিক কিস্তি আপনার মোট মাসিক আয়ের ৫% এর বেশি হতে পারে না ও যদি অপরিশোধিত ব্যালেন্স থাকে, তবে তার ওপর যে সুদের হার প্রযোজ্য হবে, তা ২% এর বেশি হবে না।

গৃহস্থালীর আয় প্রমাণের জন্য অনুরোধ

অনুগ্রহ করে রোগী, তার স্বামী বা স্ত্রীর এবং কোনো নির্ভরশীল ব্যক্তির (যেমন সন্তান) আয়ের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। উদাহরণস্বরূপ, এটি পরিবারের আয় হিসাব করার সময় একই ট্যাক্স রিটার্নে থাকা সবাইকে (ট্যাক্স জমাদানকারী, স্বামী/স্ত্রী ও ট্যাক্স নির্ভরশীলরা) অন্তর্ভুক্ত করবে। নিচে সেইসব ডকুমেন্টের তালিকা দেওয়া হলো যেগুলো আপনি আপনার আয় প্রমাণ করার জন্য ব্যবহার করতে পারেন। আপনাকে এই সমস্ত ডকুমেন্ট সরবরাহ করতে হবে না। যদি আপনার আয় না থাকে, তবে আপনি কোনো আয় না থাকার একটি বিবৃতি প্রদান করতে পারেন।

আপনি এনওয়াই স্টেট অব হেলথ মার্কেটপ্লেস থেকে যোগ্যতা নির্ধারণী দলিল প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার কাছে এই দলিলটি থাকে, তবে আপনাকে হাসপাতালে নিচে উল্লেখিত অন্য কোনো আয়ের তথ্য প্রদান করতে হবে না।

যদি গৃহস্থালীর প্রাপ্ত হয:	প্রতি মাসে পরিমাণ:	আবেদকারী প্রদান করতে পারেন:
মজুরি	\$	দয়া করে একটি পে চেক স্টাব, অথবা কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার একটি স্বাক্ষরিত ও তারিখ সহ চিঠি অথবা সর্বশেষ দাখিলকৃত আয়কর রিটার্ন প্রদান করুন।
সামাজিক নিরাপত্তা ভাতা	\$	পুরস্কার পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা ইউ.এস. সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধাপত্র। আপনার সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধাপত্রের একটি কপি পাওয়ার অনুরোধ করতে, ১-৮০০-৭৭২-১২১৩ নম্বরে কল করুন অথবা www.ssa.gov -এ ভিজিট করুন।
বেকার ভাতা	\$	পুরস্কার পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা এনওয়াইএস শ্রম বিভাগ থেকে মাসিক সুবিধা বিবৃতি, অথবা ডাইরেক্ট পেমেন্ট কার্ডের কপি সহ প্রিন্টআউট, অথবা এনওয়াইএস শ্রম বিভাগ থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা এনওয়াইএস শ্রম বিভাগের ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে গ্রহীতার অ্যাকাউন্টের তথ্যের প্রিন্টআউট।
অক্ষমতা ভাতা	\$	পুরস্কার পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধাপত্রের কপি। আপনার সুবিধাপত্রের একটি কপি পাওয়ার অনুরোধ করতে, ১-৮০০-৭৭২-১২১৩ নম্বরে কল করুন অথবা www.ssa.gov -এ ভিজিট করুন।
শ্রমিক ক্ষতিপূরণ	\$	পুরস্কার পত্রের কপি অথবা চেক স্টাব।
ভরণ-পোষণ/সন্তান সহায়তা	\$	আদালতের আদেশের কপি, অথবা নগদকৃত চেক/রসিদের ৩ মাসের কপি।
লভ্যাংশ/সুদ	\$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশের বিবৃতি বা ১ মাসের বিবৃতি।
অন্যান্য	\$	এমন একটি চিঠি যা অ-মজুরি আয়ের পরিমাণ (যদি থাকে) উল্লেখ করে, যেমন ভাড়ার আয়, অস্থায়ী কাজের জন্য নগদ অর্থ ইত্যাদি।
আয় নেই	\$০	আয় না থাকার স্বাক্ষরিত বিবৃতি।