



NYS ইউনিফর্ম হাসপিটাল আর্থিক সহযোগিতার আবেদন

যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমা শেষ হয়ে যায়, অথবা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের 10% এর বেশি মোট পরিশোধিত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে, তাহলে আপনি নিজের বিল পরিশোধের জন্য হাসপাতালের আর্থিক সহযোগিতা পাবার জন্য যোগ্য হতে পারেন। এই ফর্মটি পূরণ করলে হাসপাতালের আর্থিক সহযোগিতার জন্য আপনার আবেদনটি শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহার করা হয়।

এই আবেদনটি হাসপাতাল কর্তৃক পরিষেবাপ্রাপ্ত রোগীদের দ্বারা কথিত প্রাথমিক ভাষায় মুদ্রণ করতে হবে।

রোগীর নাম (প্রযোজ্য সম্পূর্ণ তথ্য)

রোগীর নাম (প্রথম, মধ্যম, অন্তিম)	
জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)	
ঠিকানা	অ্যাপাটমেন্ট/ইউনিট#
শহর	রাজ্য জিপ
যোগাযোগের ফোন #	
পিতামাতা/অভিভাবক বা আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী নাবালক শিশু বা অসমর্থ প্রাপ্তবয়স্ক হন)	
ইমেল অ্যাড্রেস (যদি থাকে)	

পারিবারিক তথ্য:

আপনার বাড়ির পরিবারের সকল সদস্যের নাম অনুগ্রহ করে নিচে তালিকাভুক্ত করুন। আপনার পরিবারের মধ্যে আপনি, আপনার স্বামী অথবা স্ত্রী বা গার্হস্থ্য সঙ্গী, এবং যেকোনো সন্তান বা অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি অন্তর্ভুক্ত হবেন। উদাহরণস্বরূপ, এর মধ্যে একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত সকলকে অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

মোট (গ্রস) আয় অর্থাৎ **কর কাটার আগে** আপনার আয়।

মোট আয়ের মধ্যে কাজের থেকে অর্জিত আয় (পারিশ্রমিক, বেতন, টিপস, স্ব-নিযুক্তি থেকে আয়), অর্জিত নয় এমন আয় (সামাজিক নিরাপত্তা, অক্ষমতা এবং বেকারত্ব ভাতা), অবদান (পরিবার বা বন্ধুদের থেকে অর্থসাহায্য) এবং আয়ের অন্যান্য উৎস (অস্থায়ী সহযোগিতা এবং সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয়) অন্তর্ভুক্ত

সম্পূর্ণ নাম	সম্পর্ক	মোট আয় (বর্তমান)
	স্বয়ং	

1 "প্রাথমিক ভাষা" বলতে প্রতি বছর কমপক্ষে 5% রোগীর পরিদর্শনে যোগাযোগের জন্য ব্যবহৃত যেকোনো ভাষা বা প্রাথমিক হাসপাতাল পরিষেবা ক্ষেত্রের 1% এরও বেশি জনসংখ্যার ব্যবহৃত যেকোনো ভাষাকে বোঝায়, যা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের আদমশুমারি ব্যুরো থেকে প্রাপ্ত জনসংখ্যাতাত্ত্বিক তথ্য ব্যবহার করে গণনা করা হয় এবং স্কুল সিস্টেম থেকে প্রাপ্ত তথ্যের দ্বারা পরিপূরণ করা হয়।

হাসপাতাল আপনাকে আয়ের প্রমাণ হিসেবে নথিপত্র জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে; নথিপত্রের উদাহরণের মধ্যে পে স্টাব, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে আপনার নিয়োগকর্তার চিঠি বা ফর্ম 1040 অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমার স্থিতি

আপনার কি মেডিকেড, মেডিকেশার, অথবা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে ব্যক্তিগত বীমা সহ কোনও ধরনের স্বাস্থ্য বীমা আছে অথবা আপনি নিজে এমন কিছু কিনেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি আপনার উত্তর "না" হয়, তাহলে আপনি কি এই প্রোগ্রামগুলির যেকোনো একটিতে আবেদন করার ক্ষেত্রে সহযোগিতা চান?

☐ হ্যাঁ ☐ না

কম বীমাকৃত রোগী: যাদের বীমা আছে এবং চিকিৎসা খরচ বেশি। যদি আপনার বীমা থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে গত 12 মাসে আপনার পরিশোধিত চিকিৎসা বিলের একটি আনুমানিক হিসাব দিন।

হাসপাতাল আপনাকে পরিশোধিত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ হিসাবে নথিপত্র জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে।

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

আমি বুঝতে পারছি যে আমার জমা দেওয়া তথ্য বহিরাগত উৎস থেকে যাচাইয়ের শর্ত সাপেক্ষ হতে পারে। আমি প্রত্যয়ন(সার্টিফাই) করছি যে তথ্যটি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

স্পষ্টভাবে নাম লিখুন	তারিখ
রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক	
স্বাক্ষর	

ন্যূনতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা

আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

- সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন যেকোনো সময় আপনি আর্থিক সহযোগিতার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আপনার আর্থিক সহযোগিতার আবেদনের সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনাকে এই হাসপাতালে কোনও অর্থ প্রদান করতে হবে না। আপনার আবেদন বিবেচনাধীন থাকাকালীন হাসপাতাল সংগ্রহের জন্য অ্যাকাউন্টগুলি পাঠাতে পারবে না।
- যদি আর্থিক সহযোগিতা আপনাকে দিতে অস্বীকার করা হয়, তাহলে আপনার আপিল করার অধিকার আছে। কীভাবে এটি করতে হবে সে সম্পর্কিত তথ্য হাসপাতাল কর্তৃক আপনাকে পাঠানো বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখ করা থাকবে। আপনার আর্থিক সহযোগিতার পরিমাণের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার থাকতে পারে। কীভাবে আপিল করবেন সে সম্পর্কে হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্তের চিঠিতে তথ্য প্রদান করবে।
- আপনার প্রথম বিলের পরে কমপক্ষে 180 দিনের জন্য হাসপাতালগুলি কোনও বকেয়া বিল সংগ্রহকারী এজেন্সির কাছে পাঠাতে পারবে না।
- ফেডারেল দারিদ্র্যসীমার 400% এর নিচে থাকা রোগীদের কাছ থেকে হাসপাতালগুলিকে বকেয়া চিকিৎসা বিল আদায়ের জন্য মামলা দায়ের সহ আইনি পদক্ষেপ নেওয়া নিষিদ্ধ করা হয়েছে। দারিদ্র্য সংক্রান্ত নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverly-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনপত্রে প্রদত্ত যেকোনো তথ্য হাসপাতাল কেবল আর্থিক সহযোগিতার জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের উদ্দেশ্যে ব্যবহার করবে এবং আইনের অনুমোদিত সীমা পর্যন্ত গোপনীয় থাকবে।
- আপনার চিকিৎসা বিল বকেয়া থাকার কারণে কোনো হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা দিতে অস্বীকার করতে পারবে না।
- এই আবেদনের ক্ষেত্রে যদি আপনার অতিরিক্ত সহযোগিতার প্রয়োজন হয়, তাহলে, অনুগ্রহ করে এরি কাউন্টি মেডিকেল সেন্টারের আর্থিক সহযোগিতা অফিসে 716-898-5566 নম্বরে যোগাযোগ করুন।
- এই আবেদনের ক্ষেত্রে যদি আপনার অতিরিক্ত সহযোগিতার প্রয়োজন হয় অথবা কোনো সিদ্ধান্তে বিরুদ্ধে আপিল করতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি কমিউনিটি হেলথ অ্যাডভোকেটদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: 888-614-5400.
- অনুমোদিত সহযোগিতা সকল প্রযোজ্য হাসপাতাল পরিষেবাকে আওতাভুক্ত করে। এই প্রোগ্রামের আওতায় না থাকা পরিষেবা বা চিকিৎসকের ফি-এর জন্য আপনাকে আলাদাভাবে বিল দেওয়া হতে পারে।
- আওতাভুক্ত পরিষেবা এবং অনুমোদিত চিকিৎসকদের তালিকার জন্য অনুগ্রহ করে দেখুন: <https://www.ecmc.edu/patients-visitors/billing-and-insurance/ecmc-affiliated-providers/>

যোগ্যতা

নিচে উল্লেখিত আয়ের চেয়ে বেশি আয়ের মাত্রায় পেমেন্ট ডিসকাউন্টের জন্য রোগীর যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করার এবং/অথবা জনস্বাস্থ্য আইন অনুসারে প্রয়োজনীয় ছাড়ের চেয়ে যোগ্য রোগীদের জন্য বেশি পেমেন্ট ডিসকাউন্ট প্রদানের ক্ষেত্রে হাসপাতালের ক্ষমতাকে কোনোভাবেই সীমাবদ্ধ করা যায় না। এছাড়াও, আর্থিক সহযোগিতা নির্ধারণের ক্ষেত্রে অভিবাসন অবস্থা (ইমিগ্রেশন স্ট্যাটাস) যোগ্যতার মানদণ্ড হবে না।

নিম্নলিখিত ব্যক্তির যোগ্য:

- স্বাস্থ্য বীমা বিহীন নিম্ন আয়ের ব্যক্তি; বা
- কম বীমাকৃত ব্যক্তি (গত বারো মাসে নিজে সরাসরি প্রদত্ত চিকিৎসা খরচের মোট পরিমাণ যা এই ব্যক্তির মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশেরও বেশি); অথবা
- যাদের স্বাস্থ্য বীমা সুবিধা শেষ হয়ে গেছে, এবং যারা সম্পূর্ণ চার্জ পরিশোধে অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন; অথবা
- হাসপাতালের বিবেচনার ভিত্তিতে যেসব ব্যক্তির তাদের কো-পে (co-pay) এবং/অথবা বিযোজনযোগ্য (ডিডাক্টেবল) অর্থ প্রদানে অক্ষমতা

প্রদর্শন করতে পারেন তাঁরা হ্রাসকৃত বা ছাড়যুক্ত পেমেন্টের জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

ফেডারেল দারিদ্র্যসীমার 400% পর্যন্ত ব্যক্তিরা আর্থিক সহযোগিতার জন্য যোগ্য।

ফেডারেল দারিদ্র্যের মাত্রা (2024)

পরিবারের আয়তন	200%	300%	400%
1 জন ব্যক্তি	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 জন ব্যক্তি	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 জন ব্যক্তি	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 জন ব্যক্তি	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 জন ব্যক্তি	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 জন ব্যক্তি	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 জন ব্যক্তি	\$94,680	\$142,020	\$189,360

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

ন্যূনতম ছাড়ের হার

আপনি যদি আর্থিক সহযোগিতার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার আয় অনুসারে নিম্নলিখিত স্লাইডিং ফি স্কেলে আপনার চার্জ হ্রাস করা হবে:

আয়ের মাত্রা	পেমেন্ট
200% FPL-এর নিচে	সমস্ত চার্জ মকুব
200% - 300% FPL	বীমাবিহীন রোগী: মেডিকেড কর্তৃক পরিষেবার জন্য প্রদত্ত পরিমাণের 10% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। কম বীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগাভাগি অনুসারে যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হত তার সর্বাধিক 10% পর্যন্ত।
301% - 400% FPL	বীমাবিহীন রোগী: মেডিকেড কর্তৃক পরিষেবার জন্য প্রদত্ত পরিমাণের 20% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। কম বীমাকৃত রোগী: রোগীর বীমা খরচ ভাগাভাগি অনুসারে যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হত তার সর্বাধিক 20% পর্যন্ত।

হাসপাতালগুলি যোগ্য রোগীদের জন্য আরও বেশি ছাড় প্রদান করতে পারে এবং/অথবা উচ্চ আয়ের রোগীদের জন্য পেমেন্টে ছাড় দিতে পারে।

কিন্তু পরিকল্পনা

যেসব রোগী হ্রাসকৃত হার একবারে পরিশোধ করতে অসমর্থ, তাদের জন্য কিন্তু পরিকল্পনা উপলভ্য রয়েছে। মাসিক পেমেন্ট আপনার মোট মাসিক আয়ের 5%

এর বেশি হতে পারবে না এবং রোগীর কাছ থেকে অপরিশোধিত ব্যালেন্সের উপর ধার্য সুদের হার, যদি থেকে থাকে, তবে তা 2% এর বেশি হবে না।

পারিবারিক আয়ের প্রমাণের জন্য অনুরোধ

অনুগ্রহ করে রোগী, তাঁর পতি/পত্নী এবং যে কোনো নির্ভরশীলদের (যেমন সন্তানদের) আয়ের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। উদাহরণস্বরূপ, এতে পারিবারিক আয়ের গণনায় একই ট্যাক্স রিটার্নে থাকা সকলকে (ট্যাক্স ফাইলার, স্বামী/স্ত্রী এবং ট্যাক্স নির্ভরশীল) অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

আপনার আয় প্রমাণের জন্য আপনি যে নথিগুলি ব্যবহার করতে পারেন তার একটি তালিকা নিচে দেওয়া হল। আপনাকে এই নথিগুলির সবগুলি প্রদান করতে হবে না। এছাড়াও আপনার যদি কোনও আয় না থাকে তবে আপনি কোনও পারিবারিক আয় না থাকার বিবৃতি দিতে পারেন।

আপনি **NY** স্টেট অফ হেলথ মার্কেটপ্লেস থেকেও যোগ্যতা নির্ধারণ পৃষ্ঠাটি প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার কাছে এই নথি থাকে, তাহলে আপনাকে হাসপাতালের নিচে তালিকাভুক্ত অন্য কোনও আয়ের তথ্য প্রদান করতে হবে না।

যদি পরিবার পায়:	মাসিক পরিমাণ:	আবেদনকারী প্রদান করতে পারেন:
পারিশ্রমিক	\$	অনুগ্রহ করে একটি পেচেক স্টাব বা কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার স্বাক্ষরিত এবং তারিখযুক্ত চিঠি, বা অতি সম্প্রতি দাখিল করা আয়কর রিটার্ন প্রদান করুন।
সোশাল সিকিউরিটি পেমেন্ট	\$	অ্যাওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা মার্কিন সোশাল সিকিউরিটি প্রশাসনের চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক বেনিফিট লেটার। আপনার সোশাল সিকিউরিটি বেনিফিট লেটারের কপির জন্য অনুরোধ করতে 1-800-772-1213 নম্বরে কল করুন বা www.ssa.gov -এ যান।
বেকারত্ব ভাতা	\$	NYS শ্রম বিভাগের কাছ থেকে অ্যাওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা মাসিক বেনিফিট স্টেটমেন্ট, অথবা প্রিন্টআউট সহ ডাইরেক্ট পেমেন্ট কার্ডের কপি, অথবা NYS শ্রম বিভাগের কাছ থেকে চিঠিপত্র, অথবা NYS শ্রম বিভাগের ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে প্রাপকের অ্যাকাউন্টসংক্রান্ত তথ্যের প্রিন্টআউট।
প্রতিবন্ধী ভাতা	\$	অ্যাওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি, অথবাসোশাল সিকিউরিটি প্রশাসনের চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক বেনিফিট লেটারের কপি। আপনার বেনিফিট লেটারের কপির জন্য অনুরোধ করতে, কল করুন 1-800-772-1213 বা এখানে দেখুন www.ssa.gov ।
শ্রমিক ভাতা	\$	অ্যাওয়ার্ড লেটার বা চেক স্টাবের কপি।
ভরণপোষণ/সন্তান সহায়তা (চাইল্ড সাপোর্ট)	\$	আদালতের আদেশের কপি, অথবা 3 মাসের নগদীকৃত চেকের/রসিদের কপি।
লভ্যাংশ/সুদ	\$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশের বিবৃতি অথবা 1 মাসের বিবৃতি।
অন্যান্য	\$	পারিশ্রমিক বহির্ভূত আয়ের পরিমাণ (যদি থাকে), যেমন ভাড়া দেওয়া থেকে আয়, ছোটো-খাটো কাজের জন্য নগদ অর্থ ইত্যাদি উল্লেখ করে চিঠি।
কোনো আয় নেই	\$0	আয়হীনতার স্বাক্ষরিত বিবৃতি।