

NYS অভিন্ন হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার আবেদন

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

আপনি যদি বীমাবিহীন হন, যদি আপনার বীমা শেষ হয়ে যায়, বা আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা থাকে তবে আপনার আয়ের 10% এরও বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকলে আপনি আপনার বিল পরিশোধের জন্য হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। এই ফর্মটি পূরণ করা হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার অনুরোধ শুরু করবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সমস্ত হাসপাতাল দ্বারা ব্যবহৃত হয়।

এই আবেদনপত্রটি অবশ্যই হাসপাতাল দ্বারা পরিবেশিত রোগীদের দ্বারা কথিত প্রাথমিক¹ টি ভাষায় মুদ্রণ করতে হবে।

রোগীর নাম (প্রযোজ্য তথ্য সম্পূর্ণ করুন) Patient Name – complete information that is applicable

রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য, পদবি) Patient Name (First, Middle, Last)		
জন্ম তারিখ (MM/DD/YYYY) Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
ঠিকানা Address	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট # Apartment/Unit #	
সিটি City	স্টেট State	জিপ Zip
যোগাযোগের ফোন নম্বর # Contact Phone		
পিতা-মাতা / অভিভাবক বা আইনী প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী নাবালক শিশু বা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হয়) Parent/Guardian or Lawful Representative Name		
ই-মেল ঠিকানা (যদি থাকে) Email Address (if any)		

পারিবারিক তথ্য: Family Information

আপনার পরিবারের সমস্ত সদস্যদের নিচে তালিকাভুক্ত করুন। আপনার পরিবারের মধ্যে আপনাকে নিজেকে, আপনার স্ত্রী বা গার্হস্থ্য অংশীদার এবং কোনো সন্তান বা অন্যান্য নির্ভরশীলদের অন্তর্ভুক্ত করে। উদাহরণস্বরূপ, এর মধ্যে একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত প্রত্যেককে অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

মোট আয় মানে কর কাটার আগে আপনার আয়।

মোট আয়ের মধ্যে কাজের উপার্জন (মজুরি, বেতন, টিপস, স্ব-কর্মসংস্থান থেকে উপার্জন), অনুপার্জিত আয় (সামাজিক সুরক্ষা, অক্ষমতা এবং বেকারত্ব ভাতা), অবদান (পরিবার বা বন্ধুদের কাছ থেকে তহবিল) এবং আয়ের অন্যান্য উৎস (অস্থায়ী সহায়তা এবং সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয়) অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

পুরো নাম Full Name	সম্পর্ক	মোট আয় (বর্তমান)
	নিজে	

¹ "প্রাথমিক ভাষা" এর মধ্যে এমন কোনো ভাষা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা প্রতি বছর কমপক্ষে 5% রোগী ভিজিটে যোগাযোগের জন্য ব্যবহৃত হয়, বা প্রাথমিক হাসপাতালের পরিষেবা অঞ্চলের 1% এরও বেশি জনগোষ্ঠীর দ্বারা কথিত কোনো s ভাষা, যেমন জনতাত্ত্বিক তথ্য ব্যবহার করে গণনা করা হয়েছে যা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জনগণনা ব্যুরো (Bureau of the Census), স্কুল সিস্টেমের ডেটা দ্বারা সম্পূর্ণ করা।

হাসপাতাল আপনাকে আয়ের প্রমাণ হিসাবে নথি জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে; নথির উদাহরণগুলির মধ্যে একটি বেতন স্টাব, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে আপনার নিয়োগকর্তার একটি চিঠি বা ফর্ম 1040 অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমা অবস্থা Health Insurance status

আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে বা নিজের ক্রয় করা Medicaid, Medicare বা বেসরকারি বীমা সহ আপনার কি কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে? Yes ☐ হ্যাঁ No ☐ না

আপনি যদি "না" উত্তর দেন, আপনি কি এই প্রোগ্রামগুলির কোনোটির জন্য আবেদন করতে সহায়তা চান? Would you like assistance programs?

Yes ☐ হ্যাঁ No ☐ না

কম বীমাকৃত রোগী: বীমা এবং উচ্চ চিকিৎসা ব্যয় সহ ব্যক্তির। আপনার যদি বীমা থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে গত 12 মাসে আপনি যে চিকিৎসা বিল প্রদান করেছেন তার একটি অনুমান সরবরাহ করুন।

\$

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

রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষ: যদি রোগী না হন তবে ফর্মটিতে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম এবং রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য তাদের কর্তৃত্ব তালিকাভুক্ত করুন (যেমন , স্ত্রী, পিতা-মাতা, আইনী প্রতিনিধি)।

আমি বুঝতে পারি যে আমি যে তথ্য জমা দিচ্ছি তা বাহ্যিক উৎস থেকে যাচাই সাপেক্ষে হতে পারে। আমি প্রত্যয়িত করছি যে তথ্যটি আমার জ্ঞান অনুসারে সত্য ও সম্পূর্ণ।

নাম মুদ্রণ করুন Print Name	তারিখ
রোগীর সাথে সম্পর্ক Relationship to Patient	Date
স্বাক্ষর Signature	

ন্যূনতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা

Minimum Eligibility and Guidelines

আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

- সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন আপনি যে কোনো সময়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার আবেদনের বিষয়ে সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনাকে এই হাসপাতালে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। আপনার আবেদন মূলতুবি থাকাকালীন হাসপাতালগুলি অ্যাকাউন্টগুলি সংগ্রহের জন্য ফরোয়ার্ড করতে পারে না।
- যদি আপনাকে আর্থিক সহায়তা প্রত্যাখ্যান করা হয় তবে আপনার আপিল করার অধিকার রয়েছে। এটি কীভাবে করবেন সে সম্পর্কিত তথ্য আপনার প্রাপ্ত হাসপাতালের বিস্তৃতিতে অন্তর্ভুক্ত করা হবে। আপনার আর্থিক সহায়তার পরিমাণের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার থাকতে পারে। হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্তের চিঠিতে কীভাবে আপিল করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।
- আপনার প্রথম বিলের পরে কমপক্ষে 180 দিনের আগে হাসপাতালগুলি কোনো সংগ্রহ সংস্থাকে অপরিশোধিত বিল পাঠাতে পারে না।
- ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের 400% এর নিচে রোগীদের জন্য অপরিশোধিত চিকিৎসা বিল পুনরুদ্ধারের জন্য হাসপাতালগুলিকে মামলা দায়ের করা সহ আইনী পদক্ষেপ নেওয়া থেকে নিষিদ্ধ করা হয়েছে। দারিদ্র্য নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনে প্রদত্ত কোনো তথ্য কেবলমাত্র আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে হাসপাতাল দ্বারা ব্যবহার করা হবে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত সীমা পর্যন্ত গোপনীয় থাকবে।
- আপনার চিকিৎসা বিল বকেয়া থাকার কারণে কোনো হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা দিতে অস্বীকার করতে পারে না।
- আপনার যদি এই আবেদনটির ক্ষেত্রে সহায়তার প্রয়োজন হয় তবে অনুগ্রহ করে নিচের নম্বরগুলিতে আর্থিক পরামর্শদাতাদের সাথে যোগাযোগ করুন বা maimo.mapsng.com-এ আমাদের স্ক্রিনিং পোর্টালে স্ব-স্ক্রিন করুন। মেডিকেল অ্যাকাউন্টের জন্য: 718-283-7790

আচরণগত স্বাস্থ্য অ্যাকাউন্টগুলির জন্য:
718-283-8177

আপনি যদি অনলাইনে স্ক্রিন করতে পছন্দ করেন তবে
অনুগ্রহ করে maimo.mapsng.com দেখুন বা এই QR-
কোডটি স্ক্যান করুন।



- আপনার যদি এই আবেদনটির ক্ষেত্রে অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হয় বা কোনো সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আবেদন করতে সহায়তা করেন তবে আপনি কমিউনিটি স্বাস্থ্য অ্যাডভোকেটদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: 888-614-5400।

যোগ্যতা Eligibility

নিচে উল্লিখিত আয়ের স্তরের চেয়ে বেশি পেমেন্টের ছাড়ের জন্য রোগীর যোগ্যতা প্রতিষ্ঠার জন্য এবং / অথবা জনস্বাস্থ্য আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় ছাড়ের চেয়ে যোগ্য রোগীদের জন্য বৃহত্তর পেমেন্টের ছাড় দেওয়ার জন্য কোনো কিছু হাসপাতালের ক্ষমতাকে সীমাবদ্ধ করে না। উপরন্তু, অভিবাসন স্থিতি আর্থিক সহায়তা নির্ধারণের উদ্দেশ্যে যোগ্যতার মানদণ্ড হবে না।

নিম্নলিখিত ব্যক্তির যোগ্য:

- স্বাস্থ্য বীমা ছাড়াই নিম্ন আয়ের ব্যক্তি; বা
- কম বীমাকৃত ব্যক্তি (গত বারো মাসে নিজে প্রদান করা ব্যক্তিগত চিকিৎসা খরচ যা এই ব্যক্তির মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশেরও বেশি); অথবা

- যারা তাদের স্বাস্থ্য বীমা সুবিধাগুলি শেষ করে ফেলেছে এবং যারা সম্পূর্ণ চার্জ পরিশোধে অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারে; বা
- হাসপাতালের বিবেচনার ভিত্তিতে, যে ব্যক্তির তাদের কো-পে এবং / অথবা ছাড়যোগ্য পেমেন্টের অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারে তারা হাস বা ছাড়যুক্ত পেমেন্টের জন্য অনুরোধ করতে পারে।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের 400% পর্যন্ত ব্যক্তির আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তর (2025) Federal Poverty Levels (2025)			
পরিবারের আয়তন	200%	300%	400%
1 জন ব্যক্তি	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2 জন ব্যক্তি	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 জন ব্যক্তি	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 জন ব্যক্তি	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 জন ব্যক্তি	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 জন ব্যক্তি	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 জন ব্যক্তি	\$97,300	\$145,950	\$194,600

বার্ষিক আপডেট : <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

ন্যূনতম ছাড়ের হার Minimum discount Rates

আপনি যদি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন তবে নিম্নরূপ স্লাইডিং ফি স্কেলে আপনার আয় অনুযায়ী আপনার চার্জ হাস করা হবে:

আয়ের স্তর Income Level	পেমেন্ট Payment
200% ফেডারেল দারিদ্র্য স্তর (Federal Poverty Level, FPL) এর নীচে	সমস্ত চার্জ মওকুফ করা হবে
200% - 300% FPL	বীমাবিহীন রোগী: Medicaid দ্বারা পরিষেবা(গুলি) এর জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হত তার 10% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। কম বীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হত তার সর্বোচ্চ 10% পর্যন্ত।
301% - 400% FPL	বীমাবিহীন রোগী: Medicaid দ্বারা পরিষেবা(গুলি) এর জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হত তার 20% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। কম বীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ ভাগ করে নেওয়ার জন্য যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হত তার সর্বোচ্চ 20% পর্যন্ত।

হাসপাতালগুলি যোগ্য রোগীদের জন্য বৃহত্তর ছাড় প্রদান করতে এবং / অথবা উচ্চ আয়ের স্তরের রোগীদের জন্য অর্থ প্রদানের ছাড় দিতে বেছে নিতে পারে।

কিস্তি পরিকল্পনা Installment Plans

কিস্তি পরিকল্পনাগুলি এমন রোগীদের জন্য উপলব্ধ যারা একবারে সমস্ত হাস্যকৃত হার পেমেন্ট করতে অক্ষম। মাসিক পেমেন্ট আপনার মোট মাসিক আয়ের 5% অতিক্রম করতে পারবে না এবং অপরিশোধিত ব্যালেন্সের উপর রোগীকে চার্জ করা সুদের হার, যদি থাকে, 2% এর বেশি হবে না।

পরিবারের আয়ের প্রমাণের জন্য অনুরোধ

Request for Proof of Household Income

অনুগ্রহ করে রোগী, তাদের পতি-পত্নী এবং কোনো নির্ভরশীলদের (যেমন শিশুদের) আয়ের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।
উদাহরণস্বরূপ, এটি পরিবারের আয়ের গণনায় একই ট্যাক্স রিটার্নে (ট্যাক্স ফাইলার, পতি-পত্নী এবং কর নির্ভরশীল)
সবাইকে অন্তর্ভুক্ত করবে।

নিচে নথিগুলির একটি তালিকা রয়েছে যা আপনি আপনার আয় প্রমাণ করতে ব্যবহার করতে পারেন। আপনাকে এই সমস্ত
নথি সরবরাহ করতে হবে না। আপনার যদি কোনো আয় না থাকে তবে আপনি কোনো পারিবারিক আয় না থাকার একটি
বিবৃতিও সরবরাহ করতে পারেন।

আপনি NY State of Health Marketplace থেকে যোগ্যতা নির্ধারণ পূর্তাও সরবরাহ করতে পারেন। আপনার যদি
এই নথি থাকে তবে আপনাকে নিচে তালিকাভুক্ত অন্য কোনো আয়ের তথ্য হাসপাতালে সরবরাহ করতে হবে না।

যদি পরিবারটি পায়: If family Receives	প্রতি মাসে টাকার পরিমাণ: Amount/month	আবেদনকারী প্রদান করতে পারেন: Applicant may provide
মজুরি Wages	\$	অনুগ্রহ করে একটি পেচেক স্টাব, বা কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার কাছ থেকে চিঠি, স্বাক্ষরিত এবং তারিখযুক্ত, বা অতি সম্প্রতি দায়ের করা আয়কর রিটার্ন সরবরাহ করুন।
সামাজিক নিরাপত্তা পেমেন্ট Social Security Payments	\$	পুরস্কার পত্র / শংসাপত্রের কপি, বা মার্কিন সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন থেকে চিঠি, বা বার্ষিক সুবিধা পত্র। আপনার সামাজিক সুরক্ষা সুবিধা চিঠির একটি অনুলিপি অনুরোধ করতে, 1-800- 772-1213 কল করুন বা www.ssa.gov দেখুন।
বেকারত্বের ক্ষতিপূরণ Unemployment Comp	\$	পুরস্কার পত্র / শংসাপত্রের কপি, বা NYS শ্রম বিভাগ (Department of Labor) থেকে মাসিক সুবিধা বিবৃতি, বা প্রিন্টআউট সহ ডাইরেক্ট পেমেন্ট কার্ডের (Direct Payment Card) কপি, বা NYS শ্রম বিভাগের চিঠি, বা NYS শ্রম বিভাগের ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে প্রাপকের অ্যাকাউন্টের তথ্যের প্রিন্টআউট।
অক্ষমতা পেমেন্ট Disability / payment	\$	পুরস্কার পত্র / শংসাপত্রের কপি, বা সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনের চিঠি, বা বার্ষিক সুবিধা পত্রের কপি। আপনার সুবিধা পত্রের একটি কপির জন্য অনুরোধ করতে, 1-800-772-1213 কল করুন বা www.ssa.gov দেখুন।
শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ Workers Comp	\$	পুরস্কার পত্র বা চেক স্টাবের কপি।
ভরণপোষণ / শিশু সহায়তা Alimony / Child supp	\$	আদালতের আদেশের অনুলিপি, বা 3 মাসের নগদ চেক / রসিদ।
লভ্যাংশ/সুদ Divident / Interest	\$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশ বিবরণী বা 1 মাসের বিবৃতি।
অন্যান্য Other	\$	অ-মজুরি উপার্জনের পরিমাণ (যদি থাকে) উল্লেখ করে চিঠি, যেমন ভাড়া আয়, বিজোড় কাজের জন্য নগদ ইত্যাদি।
আয় নেই No Income	\$0	আয় নেই বলে স্বাক্ষরিত বিবৃতি।