

নিউ ইয়র্ক স্টেটের ইউনিফর্ম হসপিটাল ফিন্যান্সিয়াল অ্যাসিস্ট্যান্স অ্যাপ্লিকেশন

আপনি বিল পরিশোধের জন্য হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমা শেষ হয়ে গিয়ে থাকে অথবা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে কিন্তু আপনার আয়ের 10% এর বেশি চিকিৎসা ব্যয়ের জন্য পরিশোধিত হয়েছে এমন প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে তা হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার অনুরোধ শুরু করবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সমস্ত হাসপাতাল ব্যবহার করে।

এই আবেদনটি অবশ্যই হাসপাতালের রোগীদের দ্বারা ব্যবহৃত প্রাথমিক ভাষায় ছাপানো হতে হবে।

রোগীর নাম (প্রয়োজ্য সম্পূর্ণ তথ্য)

রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য, শেষ)		
জন্মতারিখ (mm/dd/yyyy)		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট #	
শহর	স্টেট	জিপি
যোগাযোগের ফোন #		
পিতামাতা/অভিভাবক বা আইনী প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী একজন নাবালক সন্তান বা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হয়)		
ইমেইল ঠিকানা (যদি থাকে)		

পারিবারিক তথ্য:

অনুগ্রহ করে নিচে আপনার পরিবারের সমস্ত সদস্যের তালিকা দিন। আপনার পরিবারে আপনি, আপনার জীবনসঙ্গী বা গৃহকর্মী এবং যেকোনো সন্তান বা অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি অন্তর্ভুক্ত থাকবেন। উদাহরণস্বরূপ, এর মধ্যে একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত সকলেই অন্তর্ভুক্ত থাকবেন।

মোট আয় বলতে আপনার কর কেটে নেওয়ার আগে হওয়া আয় বোঝায়।

মোট আয়ের মধ্যে কাজের আয় (মজুরি, বেতন, টিপস, স্ব-কর্মসংস্থান থেকে আয়), অপ্রাপ্ত আয় (সোশ্যাল সিকিউরিটি, প্রতিবন্ধিতা এবং আনএমপ্লয়মেন্ট বেনিফিট), অবদান (পরিবার বা বন্ধুবান্ধবের কাছ থেকে প্রাপ্ত অর্থসংস্থান) এবং আয়ের অন্যান্য উৎস (অস্থায়ী সহায়তা এবং সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম) অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

পুরো নাম	সম্পর্ক	মোট আয়ের সমষ্টি (বর্তমান)
	স্বয়ং	

¹ "প্রাথমিক ভাষা" বলতে প্রতি বছর কমপক্ষে 5% রোগীর পরিদর্শনে যোগাযোগের জন্য ব্যবহৃত যেকোনো ভাষা অথবা প্রাথমিক হাসপাতাল পরিষেবা এলাকার জনগোষ্ঠীর 1% এর বেশি দ্বারা কথিত যেকোনো ভাষা অন্তর্ভুক্ত থাকে, যা ইউনাইটেড স্টেটস ব্যুরো অফ সেনসাস থেকে পাওয়া জনসংখ্যাতাত্ত্বিক তথ্য ব্যবহার করে গণনা করা হয়, যা স্কুল সিস্টেম থেকে প্রাপ্ত তথ্য দ্বারা পরিপূরণ করা হয়।

আয়ের প্রমাণ হিসেবে হাসপাতাল আপনাকে নথিপত্র জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে; নথিপত্রের উদাহরণগুলির মধ্যে একটি বেতন স্ট্যাব, প্রযোজ্য হলে আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে প্রাপ্ত একটি চিঠি অথবা ফর্ম 1040 থাকতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমার অবস্থা

আপনার কি Medicaid, মেডিকেলের অথবা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে ব্যক্তিগত বীমা সহ কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা আছে অথবা আপনি নিজে কিনেছেন? হ্যাঁ না

আপনার উত্তর "না" হলে, আপনি কি এই কর্মসূচীগুলির কোনোটির জন্য আবেদন করার জন্য সহায়তা পেতে চান? হ্যাঁ না

অল্প বীমাকৃত রোগী: বীমাকৃত ব্যক্তি এবং উচ্চ মাত্রায় চিকিৎসা ব্যয় রয়েছে এমন ব্যক্তির। আপনার যদি বীমা করানো থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে গত 12 মাসে আপনার পরিশোধিত চিকিৎসা বিলের একটি আনুমানিক পরিমাণ প্রদান করুন।

\$

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

রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষ: যদি রোগী না হন, তাহলে ফর্মে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম এবং রোগীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করার বিষয়ে তাদের কর্তৃত্ব (যেমন, জীবনসঙ্গী, পিতামাতা, আইনি প্রতিনিধি) তালিকাভুক্ত করুন।

আমি বুঝতে পারি যে আমি যে তথ্য জমা দিচ্ছি তা বহিরাগত উৎস থেকে যাচাইয়ের বিষয় হতে পারে। আমি সার্বস্বিকারিত করছি যে তথ্যটি আমার জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

স্পষ্টভাবে নাম লিখুন	তারিখ
রোগীর সাথে সম্পর্ক	
স্বাক্ষর	

ন্যূনতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা

আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

- সংগ্রহ করার প্রক্রিয়া চলাকালীন আপনি যেকোনো সময়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আপনার আর্থিক সহায়তার আবেদনের সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনাকে এই হাসপাতালে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। আপনার আবেদন বিচারধীন থাকাকালীন হাসপাতালগুলি অর্থ সংগ্রহের জন্য অ্যাকাউন্টগুলি পাঠাতে পারবে না।
- আপনার আর্থিক সহায়তা প্রত্যাখ্যান করা হলে, আপনার আপিল করার অধিকার আছে। আপনার প্রাপ্ত হাসপাতালের নোটিশে এটি কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা হবে। আপনার আর্থিক সহায়তার পরিমাণের জন্য আপিল করার অধিকার আপনার থাকতে পারে। হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্তপত্রে কীভাবে আপিল করবেন সে সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।
- আপনার প্রথম বিলের কমপক্ষে 180 দিন পর্যন্ত হাসপাতালগুলি কোনো অর্থ সংগ্রহকারী সংস্থাকে অনাদায়ী বিল পাঠাতে পারবে না।
- ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 400% এর নীচের রোগীদের জন্য অনাদায়ী চিকিৎসা বিল পুনরুদ্ধারের জন্য মামলা দায়ের সহ আইনি পদক্ষেপ নেওয়া থেকে হাসপাতালগুলিকে নিষিদ্ধ করা হয়েছে। দারিদ্র্য নির্দেশিকাগুলি এখানে পাওয়া যাবে:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনপত্রে দেওয়া যেকোনো তথ্য শুধুমাত্র আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য হাসপাতাল ব্যবহার করবে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত সীমা পর্যন্ত গোপন থাকবে।
- আপনার চিকিৎসা বিল বকেয়া থাকার কারণে কোনো হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা প্রদান থেকে বঞ্চিত করতে পারবে না।
- এই আবেদনপত্রের ক্ষেত্রে যদি আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে হেলেন হেইস হাসপাতালের ডিপার্টমেন্ট অফ ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিসেস-এর সাথে 845-786-4786 নম্বরে যোগাযোগ করুন।
- এই আবেদনপত্রের বিষয়ে আপনার যদি অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হয় বা সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি কমিউনিটি হেলথ অ্যাডভোকেটদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: 888-614-5400।

যোগ্যতা

নিচে উল্লেখিত আয়ের স্তরের চেয়ে বেশি আয়ের ক্ষেত্রে পেমেন্ট ছাড় দেবার জন্য রোগীর যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করার এবং/অথবা জনস্বাস্থ্য আইন অনুসারে প্রয়োজনীয় রোগীদের জন্য পেমেন্ট ছাড় দেবার চেয়ে বেশি পেমেন্ট ছাড় দেবার ক্ষেত্রে হাসপাতালের ক্ষমতাকে কোনোভাবেই সীমাবদ্ধ করা হচ্ছে না। তাছাড়া, আর্থিক সহায়তা নির্ধারণের জন্য অভিবাসন অবস্থাকে যোগ্যতার মানদণ্ড করা হবে না।

নিম্নলিখিত ব্যক্তির যোগ্য হবেন:

- স্বাস্থ্য বীমাবিহীন নিম্ন আয়ের ব্যক্তি; অথবা
- অল্প মাত্রায় বীমা থাকা ব্যক্তি (গত বারো মাসের সঞ্চিত চিকিৎসা খরচ যা এই ব্যক্তির মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশেরও বেশি); অথবা
- যারা তাদের স্বাস্থ্য বীমার সুবিধা শেষ করে ফেলেছেন এবং যারা সম্পূর্ণ চার্জ দিতে অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন; অথবা
- হাসপাতালের বিবেচনার ভিত্তিতে, যারা তাদের কো-পে এবং/অথবা ডিডাক্টিবল পরিশোধের অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন তারা হ্রাসকৃত বা ছাড়যুক্ত পেমেন্ট দেবার জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের 400% পর্যন্ত ব্যক্তির আর্থিক সহায়তা পাবার জন্য যোগ্য।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তর (2024)			
পরিবারের আকার	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

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

ন্যূনতম ছাড়ের হার

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

আয়ের স্তর	পেমেন্ট
200% FPL এর নিচে	সমস্ত চার্জ মওকুফ
200% - 300% FPL	অবীমাকৃত রোগী: Medicaid কর্তৃক পরিষেবা(গুলি)র জন্য প্রদত্ত পরিমাণের 10% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। অবীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ শেয়ার করা অনুসারে প্রদত্ত পরিমাণের সর্বোচ্চ 10% পর্যন্ত।
301% - 400% FPL	অবীমাকৃত রোগী: Medicaid কর্তৃক পরিষেবা(গুলি)র জন্য প্রদত্ত পরিমাণের 20% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। অবীমাকৃত রোগী: এই ধরনের রোগীর বীমা খরচ শেয়ার করা অনুসারে প্রদত্ত পরিমাণের সর্বোচ্চ 20% পর্যন্ত।

হাসপাতালগুলি যোগ্য রোগীদের জন্য আরো বেশি ছাড় প্রদান করতে পারে এবং/অথবা উচ্চতর আয়ের স্তরের রোগীদের জন্য পেমেন্ট ছাড় অফার করতে পারে।

কিস্তির পরিকল্পনা

কিস্তির পরিকল্পনা সেই রোগীদের জন্য উপলব্ধ যারা হ্রাসকৃত হারে একসাথে পরিশোধ করতে অক্ষম। মাসিক পেমেন্ট আপনার মোট মাসিক আয়ের 5% এর বেশি হতে পারে না এবং রোগীর কাছে অপরিশোধিত ব্যালেন্সের উপর চার্জ করা সুদের হার, যদি থাকে, 2% এর বেশি হবে না।

পারিবারিক আয়ের প্রমাণ দেবার জন্য অনুরোধ

অনুগ্রহ করে রোগী, তাদের জীবনসঙ্গী এবং তাদের যেকোনো নির্ভরশীলদের (যেমন বাচ্চাদের) আয়ের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। উদাহরণস্বরূপ, এতে একই ট্যাক্স রিটার্নে থাকা সবার (ট্যাক্স ফাইলার, জীবনসঙ্গী এবং কর নির্ভরশীলদের) পারিবারিক আয়ের হিসাব অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

নিম্নলিখিত নথিগুলির একটি তালিকা যা আপনি আপনার আয় প্রমাণ করতে ব্যবহার করতে পারেন। আপনাকে এই সমস্ত নথি প্রদান করতে হবে না। আপনার যদি কোনো আয় না থাকে তাহলে আপনি কোনো পারিবারিক আয়ের বিবৃতিও প্রদান করতে পারেন।

আপনি NYS স্টেট অফ হেলথ মার্কেটপ্লেস থেকে যোগ্যতা নিরূপণ পৃষ্ঠাটিও প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার কাছে এই নথি থাকে, তাহলে আপনাকে হাসপাতালে নীচে তালিকাভুক্ত অন্য কোনো আয়ের তথ্য প্রদান করতে হবে না।

যদি পরিবার নিম্নলিখিতগুলি পায়:	প্রতি মাসের পরিমাণ:	আবেদনকারী নিম্নলিখিতগুলিও প্রদান করতে পারেন:
মজুরি	\$	অনুগ্রহ করে একটি পে-চেক স্টাব অথবা কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার চিঠি, স্বাক্ষরিত এবং তারিখযুক্ত অথবা সাম্প্রতিকতম দাখিল করা আয়কর রিটার্ন প্রদান করুন।
সোশ্যাল সিকিউরিটি পেমেন্ট	\$	পুরস্কারপত্র/সার্টিফিকেটের কপি অথবা ইউ.এস. সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের চিঠিপত্র অথবা বার্ষিক বেনিফিট লেটার। আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি বেনিফিট লেটারের একটি কপি দেবার অনুরোধ করতে, 1-800-772-1213 নম্বরে কল করুন অথবা www.ssa.gov দেখুন।
বেকারত্ব ক্ষতিপূরণ	\$	পুরস্কারপত্র/শংসাপত্রের কপি অথবা NYS ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের মাসিক সুবিধা বিবৃতির কপি অথবা প্রিন্টআউট সহ সরাসরি পেমেন্ট কার্ডের কপি অথবা NYS ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের চিঠিপত্র অথবা NYS ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে প্রাপকের অ্যাকাউন্ট তথ্যের প্রিন্টআউট।
প্রতিবন্ধিতা পেমেন্ট	\$	পুরস্কারপত্র/সার্টিফিকেটের কপি অথবা সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের চিঠিপত্র অথবা বার্ষিক বেনিফিট লেটার। আপনার বেনিফিট লেটারের একটি কপি দেবার অনুরোধ করতে, 1-800-772-1213 নম্বরে কল করুন অথবা www.ssa.gov দেখুন।
ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন	\$	পুরস্কারপত্র বা চেক স্টাবের কপি।
খোরপোষ/শিশু সহায়তা	\$	আদালতের আদেশের কপি অথবা নগদকৃত চেক/রসিদের 3 মাসের পেমেন্ট।
লভ্যাংশ/সুদ	\$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশের বিবৃতি বা 1 মাসের বিবৃতি।
অন্যান্য	\$	মজুরি বহির্ভূত আয়ের পরিমাণ (যদি থাকে) উল্লেখকৃত চিঠি, যেমন ভাড়া থেকে পাওয়া আয়, ছোটোখাটো কাজের জন্য প্রাপ্ত নগদ অর্থ ইত্যাদি।
কোনো আয় নেই	\$0	কোনো আয় না থাকার স্বাক্ষরিত বিবৃতি।



Department
of Health

HELEN HAYES
HOSPITAL

51-55 নর্থ রুট 9W, ওয়েস্ট হ্যাভারস্ট, NY 10993

চ্যারিটি কেয়ার/আর্থিক সহায়তা ঘোষণা

আমি (রোগী/গ্যারান্টর) _____, সার্টিফাই করছি যে এই আবেদনে থাকা তথ্য আমার সর্বোচ্চ জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সঠিক। এই আবেদনে প্রদত্ত কোনো তথ্য মিথ্যা প্রমাণিত হলে, আমি বুঝতে পারি যে হাসপাতাল আমার আর্থিক অবস্থা পুনর্মূল্যায়ন করতে পারে এবং নিরূপণের অবস্থা সংশোধনের জন্য যথাযথ ব্যবস্থা নিতে পারে।

আমি যেকোনো উপলব্ধ সহায়তার জন্য আবেদন করব (Medicaid, মেডিকয়োর, চাইল্ড হেলথ প্লাস, ফ্যামিলি হেলথ প্লাস ইত্যাদি) যা আমার হাসপাতালের চার্জ(গুলি) পরিশোধের জন্য উপলব্ধ হতে পারে এবং এই ধরনের সহায়তা পাওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় যেকোনো যুক্তিসঙ্গত পদক্ষেপ নেব।

আমি আরো বুঝতে পারি যে এই আবেদনটি, _____ তারিখ থেকে _____ তারিখের মধ্যে, 1 বছরের জন্য বৈধ। তবে, যদি সেই সময়সীমার মধ্যে আমার পরিবারের গঠন বা আর্থিক তথ্যে কোনো পরিবর্তন ঘটে, তাহলে আমি রোগীর আর্থিক পরিশেবা বিভাগকে তা জানাব।

আমি হেলেন হেইস হাসপাতালকে কর্মসূচীর সম্মতি নিরূপণের জন্য দায়ী যেকোনো ফেডারেল বা স্টেট এজেন্সির কাছে এই তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

রোগী/গ্যারান্টরের স্বাক্ষর: _____

তারিখ: _____