

## NYS Uniform হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার কভারেজ শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্যবীমা থাকে কিন্তু আপনার প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের পরিমাণ আপনার আয়ের 10%-এর বেশি হয় এবং এর প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার অনুরোধ শুরু হয়ে যাবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সবগুলো হাসপাতাল ব্যবহার করে।

### রোগীর নাম (প্রযোজ্য পূর্ণাঙ্গ তথ্য)

রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য, শেষ)		
জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট #	
সিটি/City	স্টেট	জিপ/Zip
যোগাযোগের ফোন নম্বর #		
পিতামাতা/অভিভাবক বা আইনগত প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী একজন অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশু বা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হয়)		
ইমেইল অ্যাড্রেস (যদি থাকে)		

### পারিবারিক তথ্য:

আপনার পরিবারের সকল সদস্যের নাম নিচে তালিকাভুক্ত করুন। আপনার পরিবারে আপনি, আপনার স্ত্রী বা জীবনসঙ্গী, এবং আপনার সন্তান বা অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তির অন্তর্ভুক্ত। উদাহরণস্বরূপ, এর মধ্যে একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত সকলকে অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

মোট আয় বলতে কর কর্তনের **পূর্বে** আপনার আয়কে বোঝায়।

মোট আয়ে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে কর্মজীবনের উপার্জন (মজুরি, বেতন, বকশিস, স্বনির্ভর কর্মসংস্থান থেকে উপার্জন), অউপার্জিত আয় (সোশ্যাল সিকিউরিটি, প্রতিবন্ধিতা ও বেকারত্ব ভাতা), অনুদান (পরিবার বা বন্ধুদের থেকে প্রাপ্ত অর্থ), এবং অন্যান্য আয়ের উৎস (অস্থায়ী সহায়তা ও সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয়)।

পূর্ণাঙ্গ নাম	সম্পর্ক	সর্বমোট মোট আয় (বর্তমান)
	স্বয়ং	


হাসপাতালটি আপনার আয়ের প্রমাণ হিসেবে ডকুমেন্টেশন জমা দেওয়ার অনুরোধ করতে পারে; ডকুমেন্টেশনের উদাহরণ হতে পারে একটি পে স্টাব, যদি প্রযোজ্য হয় তবে আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে একটি চিঠি, অথবা ফর্ম 1040।

### স্বাস্থ্য বীমার অবস্থা

আপনার কি কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা আছে, যার মধ্যে Medicaid, Medicare, অথবা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে বা

নিজে কিনে নেওয়া প্রাইভেট বীমা অন্তর্ভুক্ত?  হ্যাঁ  না

যদি আপনার উত্তর "না" হয়, তাহলে আপনি কি এই প্রোগ্রামগুলির কোনওটিতে আবেদন করার ক্ষেত্রে সহায়তা চান?

হ্যাঁ  না

**অপর্যাপ্ত বীমায়ুক্ত রোগীরা:** যাদের বীমা রয়েছে কিন্তু তাদের চিকিৎসা খরচ অনেক বেশি। যদি আপনার বীমা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে গত 12 মাসে আপনার পরিশোধিত চিকিৎসা বিলের একটি আনুমানিক হিসাব দিন।

\$

হাসপাতালটি আপনার পরিশোধিত চিকিৎসা খরচের প্রমাণস্বরূপ ডকুমেন্টেশন জমা দেওয়ার অনুরোধ করতে পারে।

**রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষ:** যদি রোগী না হন, তবে ফর্মে সই করা ব্যক্তির নাম এবং রোগীর পক্ষ থেকে সই করার অধিকার (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, পিতা-মাতা, আইনি প্রতিনিধি) উল্লেখ করুন।

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

স্বাক্ষরের নাম	তারিখ
রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক	
স্বাক্ষর	

## ন্যূনতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা

### আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

- আপনি সংগ্রহ প্রক্রিয়ার যে কোনও সময় আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার আবেদনের সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত এই হাসপাতালে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। আপনার আবেদন বিচারাধীন থাকাকালীন হাসপাতালগুলি অ্যাকাউন্ট সংগ্রহের জন্য পাঠাতে পারবে না।
- যদি আপনার আর্থিক সহায়তা প্রত্যাখ্যান করা হয়, তাহলে আপনার আপিল করার অধিকার আছে। কীভাবে এটি করবেন সে সম্পর্কিত তথ্য আপনি যে হাসপাতালের নোটিশ পাবেন তাতে অন্তর্ভুক্ত করা হবে। আপনার আর্থিক সহায়তার পরিমাণের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার থাকতে পারে। হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্ত পত্রে আপিল করার জন্য কীভাবে আবেদন করতে হবে তা সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।
- আপনার প্রথম বিল পরিশোধের পর কমপক্ষে 180 দিনের জন্য হাসপাতালগুলি কোনও বকেয়া বিল সংগ্রহ সংস্থায় পাঠাতে পারবে না।
- ফেডারেল দারিদ্র্যসীমার 400%-এর নিচে থাকা রোগীদের জন্য বকেয়া চিকিৎসা বিল আদায়ের জন্য হাসপাতালগুলিকে মামলা দায়ের সহ আইনি পদক্ষেপ নেওয়া নিষিদ্ধ। দারিদ্র্য নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনপত্রে প্রদত্ত যেকোনো তথ্য হাসপাতাল শুধুমাত্র আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণে ব্যবহার করবে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে গোপনীয় থাকবে।
- আপনার চিকিৎসা বিল বকেয়া থাকার কারণে কোনও হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিশেবা দিতে অস্বীকৃতি জানাতে পারবে না।
- এই আবেদনপত্রের ক্ষেত্রে যদি আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে NYC Health + Hospitals-এর আর্থিক সহায়তা অফিসে 1-844-NYC-4NYC (1-844-692-4692) নম্বরে যোগাযোগ করুন।
- এই আবেদনের ক্ষেত্রে যদি আপনার অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হয় অথবা সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি কমিউনিটি হেলথ অ্যাডভোকেটদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: 888-614-5400.

### যোগ্যতা

কোনো কিছুই হাসপাতালের ক্ষমতাকে সীমিত করে না যাতে তারা আয়ের স্তরের ভিত্তিতে রোগীদের জন্য পেমেন্ট ডিসকাউন্টের যোগ্যতা নির্ধারণ করতে পারে যা নীচে উল্লিখিত স্তরের চেয়ে বেশি এবং/অথবা জনস্বাস্থ্য আইনের দ্বারা প্রয়োজনীয় ডিসকাউন্টের চেয়ে অধিক পেমেন্ট ডিসকাউন্ট প্রদান করতে পারে। উপরন্তু, আর্থিক সহায়তা নির্ধারণের উদ্দেশ্যে অভিবাসন অবস্থা যোগ্যতার মানদণ্ড হবে না।

নিম্নলিখিত ব্যক্তির যোগ্যতা:

- স্বাস্থ্য বীমা ছাড়া নিম্ন আয়ের ব্যক্তি; অথবা
- অপর্യാপ্ত বীমায়ুক্ত ব্যক্তি (যারা গত বারো মাসে নিজের পকেট থেকে যে চিকিৎসা খরচের পরিমাণ পরিশোধ করেছেন তা তাদের মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশের বেশি); অথবা
- যাদের স্বাস্থ্য বীমা সুবিধা শেষ হয়ে গেছে, এবং যারা সম্পূর্ণ চার্জ পরিশোধে অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন; অথবা
- হাসপাতালের বিবেচনার ভিত্তিতে, যারা তাদের কো-পে এবং/অথবা ডিডাক্টিবল প্রদানে অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন তারা হ্রাসকৃত বা ছাড়কৃত পেমেন্টের জন্য অনুরোধ করতে পারেন।

ফেডারেল দারিদ্র্যসীমার 400% পর্যন্ত ব্যক্তির আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য।

ফেডারেল দারিদ্র্যসীমার স্তর (2024)			
পরিবারের সদস্য সংখ্যা	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

বার্ষিক আপডেট 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 নিম্নোক্তভাবে একটি স্লাইডিং ফি স্কেলে আপনার চার্জ হ্রাস করা হবে:

আয়ের স্তর	পেমেন্ট
<b>200% FPL এর নিচে</b>	সমস্ত চার্জ মওকুফ করুন
<b>200% - 300% FPL</b>	বীমাবিহীন রোগী: Medicaid কর্তৃক পরিষেবার জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হত তার 10% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। অপর্যাপ্ত বীমায়ুক্ত রোগী: রোগীর বীমা খরচ ভাগাভাগি অনুসারে যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হত তার সর্বোচ্চ 10% পর্যন্ত।
<b>301% - 400% FPL</b>	বীমাবিহীন রোগী: Medicaid কর্তৃক পরিষেবার জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হত তার 20% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। অপর্যাপ্ত বীমায়ুক্ত 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 পেমেন্টের ছাড় অফার করতে পারে।

### কিস্তি পরিকল্পনা

যেসব রোগী একবারে হ্রাসকৃত মূল্য পরিশোধ করতে অক্ষম, তাদের জন্য কিস্তি পরিকল্পনা উপলব্ধ। মাসিক পেমেন্ট আপনার মোট মাসিক আয়ের 5% এর বেশি হতে পারবে না এবং রোগীর কাছ থেকে অপরিশোধিত ব্যালেন্সের উপর ধার্য সুদের হার, যদি থাকে, 2% এর বেশি হবে না।

**পারিবারিক আয়ের প্রমাণের জন্য অনুরোধ**

রোগী, তার স্ত্রী এবং যেকোনো নির্ভরশীলের (যেমন শিশু) আয়ের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। উদাহরণস্বরূপ, এতে পারিবারিক আয়ের গণনায় একই ট্যাক্স রিটার্নে থাকা সকলকে (ট্যাক্স দায়েরকারী, স্বামী/স্ত্রী এবং ট্যাক্সের নির্ভরশীল) অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

আপনার আয় প্রমাণের জন্য আপনি যে নথিগুলি ব্যবহার করতে পারেন তার একটি তালিকা নিচে দেওয়া হল। আপনাকে এই নথিগুলো সবই প্রদান করতে হবে না। আপনার যদি কোনও আয় না থাকে তবে আপনি কোনও পারিবারিক আয়ের স্টেটমেন্টও দিতে পারেন।

আপনি NY স্টেট অফ হেলথ মার্কেটপ্লেস (State of Health Marketplace) থেকে যোগ্যতা নির্ধারণ পৃষ্ঠাটিও সরবরাহ করতে পারেন। যদি আপনার কাছে এই নথি থাকে, তাহলে আপনাকে হাসপাতালে নিম্নে তালিকাভুক্ত অন্য কোনও আয়ের তথ্য প্রদান করতে হবে না।

যদি পরিবার পায়:	প্রতি মাসে এই পরিমাণ:	আবেদনকারী প্রদান করতে পারেন:
মজুরি	\$	দয়া করে একটি পে-চেক স্টাব, অথবা কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার কাছ থেকে একটি সই করা এবং তারিখযুক্ত চিঠি, অথবা সর্বশেষে জমা দেওয়া আয়কর রিটার্ন প্রদান করুন।
সামাজিক নিরাপত্তার পেমেন্ট	\$	রিওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি, বা ইউ.এস. সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধা পত্র। আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি বেনিফিট লেটারের একটি অনুলিপি চাওয়ার জন্য, 1-800-772-1213 নম্বরে ফোন করুন বা <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> সাইটে যান।
বেকার ভাতা	\$	রিওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা NYS শ্রম দপ্তর থেকে মাসিক বেনিফিটের বিবৃতি, অথবা প্রিন্টআউট সহকারে ডাইরেক্ট পেমেন্ট কার্ডের অনুলিপি, অথবা NYS শ্রম দপ্তর থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা NYS শ্রম দপ্তরের ওয়েবসাইট থেকে গ্রাহকের অ্যাকাউন্টের তথ্যের প্রিন্টআউট ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> )।
প্রতিবন্ধী ভাতা	\$	রিওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধা পত্রের কপি। আপনার বেনিফিট লেটারের একটি অনুলিপি চাওয়ার জন্য, 1-800-772-1213 নম্বরে ফোন করুন অথবা <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> -এই ঠিকানায় ভিজিট করুন।
শ্রমিক ভাতা	\$	রিওয়ার্ড লেটার বা চেক স্টাবের অনুলিপি।

ভরণপোষণ/শিশু সহায়তা	\$	আদালতের আদেশের অনুলিপি, অথবা 3 মাসের নগদ চেক/রসিদের অনুলিপি।
লভ্যাংশ/সুদ	\$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশের স্টেটমেন্ট অথবা 1 মাসের স্টেটমেন্ট।
অন্যান্য	\$	মজুরি বহির্ভূত আয়ের পরিমাণ (যদি থাকে) উল্লেখ করে চিঠি, যেমন ভাড়া থেকে আয়, ছোট কাজের জন্য নগদ অর্থ ইত্যাদি।
কোন আয় নেই	\$	আয়হীনতার স্বাক্ষরিত বিবৃতি।