NYC HEALTH+ HOSPITALS

নিউ ইয়র্ক স্টেটের হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার একরূপ আবেদনপত্র

আপনি যদি কোনো বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে গিয়ে থাকে, অথবা বীমা থাকলেও চিকিৎসার খরচ আপনার আয়ের 10% এর বেশি হয়ে থাকে এবং তার প্রমাণ থাকে তাহলে আপনি আপনার বিল পরিশোধের জন্য হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। এই ফর্মটি পূরণ করলে হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহার করে।

এই আবেদনপত্রটি অবশ্যই হাসপাতালের রোগীদের[1] বলা প্রাথমিক ভাষাগুলিতে মুদ্রিত হতে হবে।

রোগীর নাম (যে সমস্ত তথ্য প্রযোজ্য, সম্পূর্ণভাবে প্রদান করুন)

রোগীর নাম (নাম, মধ্যাংশ, পদবী)		
জন্ম তারিখ (MM/DD/YYYY)		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট নম্বর	
সিটি	স্টেট	জিপ
যোগাযোগের ফোন নম্বর		
পিতামাতা/অভিভাবক বা আইনসম্মত প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী নাবালক শিশু বা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হয়)		
ইমেইল এড্রেস (যদি থাকে)		

পরিবারের তথ্য:

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল সদস্যের নাম নিচে তালিকাভুক্ত করুন। আপনার পরিবারে আপনি নিজে, আপনার স্বামী/স্ত্রী বা গৃহসঙ্গী, এবং আপনার সন্তান বা অন্যান্য নির্ভরশীল সদস্যরা অন্তর্ভুক্ত। উদাহরণস্বরূপ, এতে তাদের প্রত্যেককে অন্তর্ভুক্ত হবে যারা একই ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত রয়েছে।

মোট আয় মানে ট্যাক্স কেটে নেওয়ার **আগের** আপনার আয়।

মোট আয়ের মধ্যে কাজের উপার্জন (মজুরি, বেতন, বকশিশ, স্ব-কর্মসংস্থান থেকে উপার্জন), অনর্জিত আয় (সামাজিক সুরক্ষানিরাপত্তা, অক্ষমতা এবং বেকারত্ব সুবিধা), অবদান (পরিবার বা বন্ধুদের কাছ থেকে তহবিল) এবং আয়ের অন্যান্য উৎস (অস্থায়ী সহায়তা এবং পরিপূরক সুরক্ষা আয়) অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

সম্পূর্ণ নাম	সম্পর্ক	সর্বমোট আয় (বর্তমান)
	নিজে	

[1] "প্রাথমিক ভাষা" এর মধ্যে এমন কোনও ভাষা অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা প্রতি বছর কমপক্ষে 5% পরিদর্শন করা রোগীর সঙ্গে যোগাযোগ করতে ব্যবহৃত হয়, অথবা প্রাথমিক হাসপাতাল পরিষেবা এলাকার জনসংখ্যার 1% এরও বেশি মানুষ কথা বলেন, যেমন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জনসংখ্যা ব্যুরো থেকে (United States Bureau of the Census) প্রাপ্ত জনসংখ্যাতাত্ত্বিক তথ্য ব্যবহার করে গণনা করা হয়, যার পরিপূরক হচ্ছে স্কুল ব্যবস্থা থেকে প্রাপ্ত তথ্য।

NYC HEALTH + HOSPITALS

হাসপাতাল আপনাকে আয়ের প্রমাণ হিসাবে নথিপত্র জমা দেওয়ার অনুরোধ করতে পারে; নথিপত্রের উদাহরণগুলির মধ্যে একটি বেতন রসিদ, প্রযোজ্য হলে আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে একটি চিঠি বা ফর্ম 1040 অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

স্বাস্থ্য বীমার স্থিতি

আপনার কি Medicaid, Medicare বা ব্যক্তিগত বীমা সহ আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে বা নিজের দ্বারা কেনা কোনও স্বাস্থ্য বীমা আছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি আপনার উত্তর "না" হয়, তাহলে আপনি কি এই প্রোগ্রামগুলির জন্য আবেদন করতে সহায়তা চান?

☐ হ্যাঁ ☐ না

অপর্যাপ্ত বীমাকৃত রোগী: যাদের বীমা আছে কিন্তু চিকিৎসার খরচ অনেক বেশি। আপনার যদি বীমা থাকে তবে অনুগ্রহ করে গত 12 মাসে আপনি যে মেডিকেল বিলগুলি প্রদান করেছেন তার একটি অনুমান প্রদান করুন।

$

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

রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষ: যদি স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি রোগী না হন, তবে তার নাম এবং রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার অধিকার কীভাবে আছে তা লিখুন (যেমন, স্বামী/স্ত্রী, পিতা/মাতা, আইনসম্মত প্রতিনিধি)।

আমি বুঝতে পারছি যে আমার জমা দেওয়া তথ্য বাহ্যিক উৎস থেকে যাচাইয়ের সাপেক্ষে হতে পারে। আমি প্রত্যয়ন করছি যে তথ্যটি সত্য এবং আমার জানা মতে সম্পূর্ণ।

বড় হরফে নাম রোগীর সাথে সম্পর্ক	তারিখ
স্বাক্ষর	

NYC HEALTH+ HOSPITALS

নূন্যতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা

আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

- আপনি সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন যে কোনও সময়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আপনার আর্থিক সহায়তার আবেদনের সিদ্ধান্ত না আসা পর্যন্ত আপনাকে এই হাসপাতালে কোনও অর্থ প্রদান করতে হবে না। আপনার আবেদন প্রক্রিয়াধীন থাকা অবস্থায় হাসপাতাল বিল আদায়ের জন্য কোনো কালেকশন এজেন্সির কাছে পাঠাতে পারবে না।
- যদি আপনাকে আর্থিক সহায়তা থেকে বঞ্চিত করা হয়, তাহলে আপনার আপিল করার অধিকার রয়েছে। কীভাবে এটি করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্য আপনার প্রাপ্ত হাসপাতালের বিজ্ঞপ্তিতে অন্তর্ভুক্ত করা হবে। আপনার আর্থিক সহায়তার পরিমাণের বিরুদ্ধে আপিল করার অধিকার আপনার থাকতে পারে। হাসপাতালটি তাদের সিদ্ধান্তের চিঠিতে কীভাবে আপিল করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।
- হাসপাতাল আপনার প্রথম বিল দেওয়ার পর কমপক্ষে 180 দিন পর্যন্ত বকেয়া বিল কালেকশন এজেন্সিতে পাঠাতে পারবে না।
- যেসব রোগীর আয় ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 400% এর নিচে, তাদের বকেয়া চিকিৎসা বিল আদায়ের জন্য হাসপাতাল মামলা সহ কোনো আইনি ব্যবস্থা নিতে পারবে না। দারিদ্র্যের নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- এই আবেদনে প্রদত্ত যে কোনও তথ্য কেবলমাত্র হাসপাতাল দ্বারা আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য ব্যবহার করা হবে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে গোপন থাকবে।
- আপনার চিকিৎসা বিল বকেয়া থাকার কারণে কোনও হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা দিতে অস্বীকার করতে পারে না।
- এই আবেদনপত্রের ক্ষেত্রে যদি আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, তবে অনুগ্রহ করে NYC Health + Hospitals-এর আর্থিক সহায়তা অফিসে 844-692-4692 নম্বরে যোগাযোগ করুন।
- এই আবেদনের ক্ষেত্রে যদি আপনার অতিরিক্ত সহায়তার প্রয়োজন হয় অথবা সিদ্ধান্তের আপিলের জন্য সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনি Community Health Advocates-এর সাথে যোগাযোগ করুন এই নম্বরে: 888-614-5400

যোগ্যতা

নিচে উল্লেখিত আয় সীমার থেকে উচ্চ আয়ের ক্ষেত্রে অর্থ প্রদান সংক্রান্ত ছাড় পাওয়ার এবং/অথবা যোগ্য রোগীদের জন্য জনস্বাস্থ্য আইন অনুযায়ী প্রয়োজনীয় ছাড়ের চেয়ে বেশি অর্থ প্রদান সংক্রান্ত ছাড় দেওয়ার ক্ষেত্রে রোগীর যোগ্যতা নির্ধারণে কোনো হাসপাতালের ক্ষমতা সীমাবদ্ধ নয়। অতিরিক্তভাবে, আর্থিক সহায়তা নির্ধারণের ক্ষেত্রে অভিবাসন অবস্থান কোনো ধরণের যোগ্যতার মানদণ্ড হিসেবে বিবেচিত হবে না।

নিম্নলিখিত ব্যক্তিরা যোগ্য:

- স্বাস্থ্য বীমা ছাড়া নিম্ন আয়ের ব্যক্তি; অথবা
- অপর্যাপ্ত বীমাকৃত ব্যক্তি (গত বারো মাসে নিজ খরচে চিকিৎসার জন্য যে অর্থ খরচ হয়েছে, যা ওই ব্যক্তির মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশের বেশি); অথবা
- যাদের স্বাস্থ্য বীমার সুবিধা শেষ হয়ে গেছে এবং যারা সম্পূর্ণ বিল পরিশোধে অক্ষম তা প্রমাণ করতে পারেন; অথবা
- হাসপাতালের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী, যারা তাদের কো-পে প্রদান করতে এবং/অথবা কর্তনযোগ্য অর্থ প্রদানে অক্ষম প্রমাণ করতে পারেন তারা ছাড় বা কম পরিমাণে বিল চাওয়ার আবেদন করতে পারেন।

NYC HEALTH+ HOSPITALS

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

ফেডারেল দারিদ্র্যের স্তর (2026)			
পরিবারের সদস্যসংখ্যা	**200%**	**300%**	**400%**
1 জন ব্যক্তি	$31,920	$47,880	$63,840
2 জন ব্যক্তি	$43,280	$64,920	$86,560
3 জন ব্যক্তি	$54,640	$81,960	$109,280
4 জন ব্যক্তি	$66,000	$99,000	$132,000
5 জন ব্যক্তি	$77,360	$116,040	$154,720
6 জন ব্যক্তি	$88,720	$133,880	$177,440
7 জন ব্যক্তি	$100,080	$150,120	$200,160

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

ন্যূনতম ছাড়ের হার

যদি আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার আয় অনুযায়ী একটি স্লাইডিং ফি স্কেল অনুযায়ী আপনার বিল কমানো হবে:

আয়ের স্তর	**অর্থ প্রদান**
200% ফেডারেল দারিদ্র্যের স্তরের নিচে	সমস্ত খরচ মওকুফ করা হবে
200% - 300% ফেডারেল দারিদ্র্যের স্তর	বীমাহীন রোগীরা: স্লাইডিং স্কেল অনুযায়ী সর্বোচ্চ 10% পরিমাণ যা Medicaid দ্বারা পরিষেবা(গুলি)-এর জন্য প্রদান করা হতো। অপর্যাপ্ত বীমাকৃত রোগীরা: রোগীর বীমা সংক্রান্ত খরচ ভাগাভাগি অনুযায়ী যেটুকু খরচ পড়ত, তার সর্বোচ্চ 10% পর্যন্ত দিতে হবে।
301% - 400% ফেডারেল দারিদ্র্যের স্তর	বীমাহীন রোগীরা: স্লাইডিং স্কেল অনুযায়ী সর্বোচ্চ 20% পরিমাণ যা Medicaid দ্বারা পরিষেবা(গুলি)-এর জন্য প্রদান করা হতো। অপর্যাপ্ত বীমাকৃত রোগীরা: রোগীর বীমা সংক্রান্ত খরচ ভাগাভাগি অনুযায়ী যেটুকু খরচ পড়ত, তার সর্বোচ্চ 20% পর্যন্ত দিতে হবে।

হাসপাতালগুলি যোগ্য রোগীদের জন্য আরও বড় ছাড় দিতে পারে এবং/অথবা উচ্চ আয়ের রোগীদের জন্য অর্থ প্রদানের ছাড় প্রদান করতে পারে।

কিস্তিযুক্ত পরিকল্পনা

যেসব রোগী একসাথে ছাড়ের পরের পুরো টাকা দিতে পারেন না, তাদের জন্য কিস্তিযুক্ত পরিকল্পনার সুযোগ আছে। মাসিক কিস্তি আপনার মোট মাসিক আয়ের 5% এর বেশি হতে পারবে না এবং রোগীর বাকি থাকা অর্থের উপর ধার্য সুদের হার, যদি থাকে, তা 2% এর বেশি হতে পারবে না।

NYC HEALTH+ HOSPITALS

পারিবারিক আয়ের প্রমাণের জন্য অনুরোধ

অনুগ্রহ করে রোগী, তার স্বামী/স্ত্রী এবং যে কোনও নির্ভরশীল (যেমন শিশু)-এর জন্য আয়-সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। উদাহরণস্বরূপ, এটি পরিবারের আয় গণনায় একই ট্যাক্স রিটার্নের (ট্যাক্স ফাইলার, তার স্বামী/স্ত্রী এবং কর নির্ভরশীল) প্রত্যেককে অন্তর্ভুক্ত করবে।

আপনার আয় প্রমাণ করতে আপনি যে নথিপত্রগুলি ব্যবহার করতে পারেন তার একটি তালিকা নিচে দেওয়া হলো। আপনাকে এই সমস্ত নথিপত্র সরবরাহ করতে হবে না। আপনার যদি কোনো আয় না থাকে, তাহলে আপনি পারিবারিক কোনো আয় নেই এমন একটি বিবৃতি দিতে পারেন।

আপনি চাইলে NY State of Health মার্কেটপ্লেস থেকে প্রাপ্ত যোগ্যতা নির্ধারণ পৃষ্ঠাটিও জমা দিতে পারেন। আপনার কাছে যদি এই নথিটি থাকে, তাহলে আপনাকে হাসপাতালকে নিচে তালিকাভুক্ত অন্য কোনো আয়-সম্পর্কিত তথ্য জমা দিতে হবে না।

যদি পরিবার গ্রহণ করে:	**প্রতি মাসে পরিমাণ:**	**আবেদনকারী প্রদান করতে পারেন:**
মজুরি	$	অনুগ্রহ করে একটি বেতনের রসিদ, বা কোম্পানির প্যাডে স্বাক্ষরিত ও তারিখসহ নিয়োগকর্তার চিঠি, অথবা সর্বশেষ দাখিলকৃত আয়কর রিটার্ন জমা দিন।
সোশ্যাল সিকিউরিটি ভাতা	$	পুরস্কারপত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন (Social Security Administration) থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধা সংক্রান্ত পত্র। আপনার সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা সংক্রান্ত চিঠির একটি কপি অনুরোধ করতে, 1-800-772-1213 -নম্বর এ কল করুন বা www.ssa.gov-এ যান।
বেকারত্ব ক্ষতিপূরণ	$	মঞ্জুরির চিঠি/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের শ্রম বিভাগ (NYS Department of Labor) থেকে মাসিক সুবিধার বিবৃতি, অথবা ডিরেক্ট পেমেন্ট কার্ডের কপি ও প্রিন্টআউট, অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের শ্রম বিভাগের কাছ থেকে প্রাপ্ত চিঠিপত্র, অথবা নিউ ইয়র্ক স্টেটের শ্রম বিভাগের ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে প্রাপকের অ্যাকাউন্ট তথ্যের প্রিন্টআউট।
প্রতিবন্ধী সংক্রান্ত অর্থ প্রদান	$	পুরস্কার পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসনের থেকে প্রাপ্ত চিঠি, অথবা বার্ষিক সুবিধা পত্রের কপি। আপনার সুবিধা পত্রের একটি কপি পেতে, 1-800-772-1213 নম্বরে কল করুন বা www.ssa.gov-এ যান।
শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ	$	মঞ্জুরির চিঠি বা চেকের রসিদের কপি।
ভরণপোষণ/শিশু সহায়তা	$	আদালতের আদেশের কপি, বা 3 মাসের নগদ চেক/রসিদ।
লভ্যাংশ/সুদ	$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশ বিবৃতি বা 1 মাসের বিবৃতি।
অন্যান্য	$	বেতন ছাড়া আয়ের পরিমাণ উল্লেখ করা একটি চিঠি (যদি থাকে), যেমন ভাড়া থেকে আয়, ছোটখাট কাজের জন্য নগদ ইত্যাদি।
কোন আয় নেই	$0	আয়হীনতার স্বাক্ষরিত বিবৃতি।

NYC HEALTH + HOSPITALS