

For Administrative use only

Facility _____

Account # _____

Med.Rec# _____

আর্থিক সহায়তার আবেদন

(অ্যাটাচমেন্ট A)

For Administrative use only

Patient Type _____

Amount of W/O \$ _____

Method of Calculation _____

I. রোগীর তথ্য

রোগীর নাম: _____
(পদবি) (নাম) (মাতার নাম) (SSN – **গ্রহণযোগ্য নেই**) (DOB)

জামিনদারের নাম: _____
(পদবি) (নাম) (মাতার নাম) (SSN – **গ্রহণযোগ্য নেই**) (DOB)

ঠিকানা: _____
(রাস্তা) (শহর) (স্টেট) (জিপ কোড)

হোম টেলিফোন: _____ অফিসের টেলিফোন: _____ মোবাইল টেলিফোন: _____

II. পরিবারের তথ্য

রোগীর বৈবাহিক অবস্থা: (একটিতে বৃত্ত আঁকুন)	বিবাহিত	অবিবাহিত	পৃথক	পরিবারে মোট সদস্য সংখ্যা:
---	---------	----------	------	---------------------------

স্বামী/স্ত্রী ও নির্ভরশীল ব্যক্তির নাম: (অতিরিক্ত নির্ভরশীল ব্যক্তিদের জন্য পৃথক পাতা সংযুক্ত করুন)	জন্ম তারিখ	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (নিষ্প্রয়োজন)

III. বর্তমান কাজের তথ্য

কর্মীর নাম (রোগী, জামিনদার, স্বামী/স্ত্রী বা নির্ভরশীল ব্যক্তি):	নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা ও নিয়োগের তারিখ
	নিয়োগের তারিখ:
	নিয়োগের তারিখ:
	নিয়োগের তারিখ:

IV. বিমার তথ্য (অতিরিক্ত বিমার তথ্যের জন্য পৃথক পাতা সংযুক্ত করুন)

আপনার কি স্বাস্থ্য বিমা আছে না আবেদন করছেন (Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus বা Healthy NY সহ)?	হ্যাঁ	না
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন: (বিমা কোম্পানির নাম, ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর, পলিসি/গ্রুপ নম্বর এবং গ্রাহকের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন)		

V. অন্যান্য তথ্য

চিকিৎসা কি দুর্ঘটনা বা আঘাতের জন্য করা হচ্ছে?	হ্যাঁ	না
হ্যাঁ হলে, দুর্ঘটনার তারিখ:		
দুর্ঘটনার সংক্ষিপ্ত বিবরণ:		
দুর্ঘটনার রাস্তা, শহর এবং স্টেট:		
কোন বাড়ির মালিক বা বিমা বাধ্যবাধকতা এতে যুক্ত আছে?		

আপনার আবেদনে হাসপাতাল তার সিদ্ধান্ত জানিয়ে কোন চিঠি না পাঠানো পর্যন্ত আপনাকে পেমেন্ট করতে হবে না

আর্থিক সহায়তার আবেদন

(অ্যাটাচমেন্ট B)

VI. আর্থিক বিবৃতি

রোগী, জামিনদার, স্বামী/স্ত্রী এবং নির্ভরশীল ব্যক্তির মোট লিখুন: (প্রয়োজন অনুসারে অতিরিক্ত পত্রক সংযুক্ত করুন)

মাসিক আয়:	অর্থ পরিমাণ:
মোট মজুরি, বেতন, টিপস	\$
সোশ্যাল সিকিউরিটি	\$
অক্ষমতা	\$
বেকারত্ব	\$
শিশু সহায়তা	\$
খরপোশ/রক্ষণাবেক্ষণ	\$
ভাড়া থেকে আয়	\$
ভূসম্পত্তি থেকে আয়	\$
পেনশন	\$
ডিভিডেন্ড/সুদ	\$
অন্যান্য আয় (নির্দিষ্ট আয়):	
	\$
	\$
	\$

প্রত্যয়ন

আমি প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্য আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং নির্ভুল। আমি বুঝেছি যে জালিয়াতি করলে বা মিথ্যা তথ্য প্রদান করলে যেকোন আর্থিক সহায়তার ক্ষেত্রে আমাকে অযোগ্য করা হবে। প্রদত্ত তথ্য যাচাই করার জন্য প্রয়োজনীয় যেকোন তথ্য প্রকাশ করার এবং প্রয়োজ্য ফেডারেল ও স্টেটের আইন মেনে বিল ও সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি। এছাড়াও, আমার হাসপাতালের পেমেন্টের জন্য উপলভ্য হতে পারে এমন যেকোন সহায়তার (Medicaid, Medicare, বিমা ইত্যাদি) জন্য আমি আবেদন করব এবং সেই সহায়তার পাওয়ার যেকোন যুক্তিসঙ্গত পদক্ষেপ নেব এবং হাসপাতাল চার্জের জন্য পাওয়া পরিমাণ হাসপাতালকে দেব।

আমি বুঝেছি যে এই আবেদনটি করা হয়েছে যাতে হাসপাতাল তার মাপদণ্ডের ভিত্তিতে আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে পারে।

এছাড়াও, যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য অনুরোধ মতো অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করতে আমি সম্মত। আমার প্রয়োজনীয়তা, বিমা যোগ্যতা, আয়, সম্পত্তি, থাকার ব্যবস্থা বা ঠিকানার পরিবর্তন হলে তা সম্পর্কে আমি NYU হাসপাতালগুলিকে জানাব।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ _____

ইন্টারভিউয়ারের স্বাক্ষর: _____ তারিখ _____

আপনার আবেদনে হাসপাতাল তার সিদ্ধান্ত জানিয়ে কোন চিঠি না পাঠালো পর্যন্ত আপনাকে পেমেন্ট করতে হবে না