



এটি কার জন্য প্রযোজ্য

কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হসপিটাল, একটি সম্প্রদায় পরিষেবা হিসেবে, আমাদের আর্থিক সহায়তা কর্মসূচীর নির্দেশিকা পূরণ করা রোগীদের বিনামূল্যে বা কম খরচে পরিচর্যা প্রদান করতে পারে।

এটি নির্ণীত হয়েছে যে আর্থিক সহায়তা আপনার পক্ষে উপকারী হতে পারে। আপনি এই পত্রের সাথে সংযুক্ত সাম্প্রতিক নির্দেশিকা ও সেইসাথে একটি আবেদনপত্র দেখতে পাবেন। অনুগ্রহ করে আবেদনপত্রটি পর্যালোচনা করুন ও সম্পূর্ণ করুন এবং কোনো সহায়ক নথী থাকলে তা সংযুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে আবেদনপত্রটি নিচের ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান।

Columbia Memorial Health
PO Box 2000
Financial Counselors
Hudson, NY 12534

আপনার আবেদনপত্রটি পাওয়ার পর একটি নিশ্চিতকরণ পত্র আপনাকে ডাকযোগে পাঠানো হবে। আবেদনকারীরা 30 দিনের মধ্যে একটি মীমাংসা আশা করতে পারেন এবং যে কোনো প্রশ্নের উত্তরের জন্য (518)828-8051 নম্বরে একজন কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হসপিটাল অর্থনৈতিক উপদেষ্টার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

বিনীত,

রোগীর অ্যাকাউন্টস
কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হসপিটাল
518-828-8051

আর্থিক সহায়তার নির্দেশিকা

আর্থিক সহায়তা হল কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হসপিটাল দ্বারা পরিচালিত একটি কর্মসূচী যা রোগীদের চিকিৎসা সংক্রান্ত খরচ কমাতে বা তাঁদের সাধ্যের মধ্যে চিকিৎসা পরিষেবা পেতে সহায়তা করে।

আবশ্যিকতা:

- কলম্বিয়া, গ্রীনি, ডাচেস, আলব্যানি, রেনশীলেয়ার বা আলস্টার কাউন্টির বাসিন্দা হতে হবে
- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সকল বাসিন্দা অত্যাবশ্যিক পরিচর্যা পরিষেবার পাওয়ার যোগ্য

যোগ্য অধিবাসী:

- বিমা না করা/কম বিমা করা
- স্বাস্থ্য বিমার সুবিধার মেয়াদ পেরিয়ে যাওয়া
- সম্পূর্ণ চার্জ প্রদান করতে অক্ষম
- মুকুব এবং আনুষ্ঠানিক পেমেন্ট

বহির্ভূত পরিষেবাসমূহ:

- ট্রাটি-হীন/কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ
- তৃতীয় পক্ষের দায়
- বকেয়া আইনি মামলা
- ব্যক্তিগত কক্ষের জন্য পার্থক্যমূলক অর্থ, টেলিভিশন এবং টেলিফোন চার্জ
- আওতা-বহির্ভূত দিনগুলি
- চিকিৎসা সংক্রান্ত আবশ্যিক পরিষেবা নয়

আয়ের নির্দেশিকা

আপনার আয় নির্দেশিকা অনুযায়ী নীচের দিকে আছে বলে বিবেচিত হতে হবে। অন্যান্য সকল সম্পত্তি বিবেচনা করা হবে। একটি ছাড় প্রযোজ্য হলে, মাসিক চুক্তিবদ্ধ পেমেন্ট অবশ্যই স্থির করতে হবে।

পরিবারের আকার	আয় (2017-র দারিদ্রের নির্দেশিকা ভিত্তিক)
1	\$48,240.00
2	\$64,960.00
3	\$81,680.00
4	\$98,400.00
5	\$115,120.00
6	\$131,840.00

অনুমোদিত আর্থিক সহায়তা ছাড় শুধুমাত্র কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হেলথের বিলগুলির জন্য।

আর্থিক সহায়তার আবেদন

I. রোগীর তথ্য

রোগীর নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____

সামাজিক সুরক্ষা নম্বর: _____ - _____ - _____ টেলিফোন: (____) _____ - _____

রাস্তার ঠিকানা/PO বক্স: _____

শহর: _____ রাজ্য: _____ জিপ: _____

II. আর্থিক তথ্য

a. পারিবারিক আয়

1 **নিজ** (অনুগ্রহ করে আয় তালিকাবদ্ধ করুন এবং সাপ্তাহিক, মাসিক, ইত্যাদি নির্দেশ করুন)

পারিশ্রমিক	\$ _____
বেকারভাতা	\$ _____
শিশু সহায়তা	\$ _____
কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ	\$ _____
সামাজিক সুরক্ষা	\$ _____
সরকারী সহায়তা	\$ _____
অন্যান্য	\$ _____

*বেকার হলে, আপনার নিযুক্তির অন্তিম তারিখ কী?

আপনি কি বেকারভাতার জন্য যোগ্য? হ্যাঁ বা না

যোগ্য হলে আপনি কি বেকারভাতার জন্য আবেদন করেছেন? হ্যাঁ বা না

2 **দম্পতি বা সঙ্গী** (অনুগ্রহ করে আয় তালিকাবদ্ধ করুন এবং সাপ্তাহিক, মাসিক, ইত্যাদি নির্দেশ করুন)

পারিশ্রমিক	\$ _____
বেকারভাতা	\$ _____
শিশু সহায়তা	\$ _____
কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ	\$ _____
সামাজিক সুরক্ষা	\$ _____
সরকারী সহায়তা	\$ _____
অন্যান্য	\$ _____

b. বিমার তথ্য

- 1 আপনার কি স্বাস্থ্য বিমা আছে: হ্যাঁ বা না
- 2 যদি থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে তালিকাভুক্ত করুন:
বিমা প্রদানকারী: _____ পলিসি আইডি#: _____
বিমাকৃত কিনা জানান: _____
- 3 নিউইয়র্ক স্টেটে কি আপনি কখনও চিকিৎসা সাহায্য নিয়েছেন? হ্যাঁ বা না
- 4 আপনি কি সম্প্রতি চিকিৎসা সাহায্য বা অন্য কোনো রাজ্য বা সরকারী স্বাস্থ্য বিমায়
আবেদন করেছেন? হ্যাঁ বা না
- 5 হ্যাঁ হলে, আপনি কিসের জন্য আবেদন করেছেন:

c. সম্পত্তি:

সেভিংস অ্যাকাউন্ট	\$ _____	(অনুগ্রহ করে স্টেটমেন্ট সংযুক্ত করুন)
চেকিং অ্যাকাউন্ট	\$ _____	(অনুগ্রহ করে স্টেটমেন্ট সংযুক্ত করুন)
নগদ	\$ _____	
শেয়ার ও ঋণপত্র	\$ _____	
বিমা পলিসি	\$ _____	(নগদ মূল্য)
পেনশন	\$ _____	
অন্যান্য	\$ _____	(বিবরণ)

d. পরিবারের আকার

_____ (যারা বিবাহিত বা অন্য কারোর ট্যাক্স রিটার্নে নির্ভরশীল হিসেবে দাবি করেন তাঁদের দ্বারা পরিবারের আকার স্থির হয়)

III. আবশ্যিক নথির চেকলিস্ট

প্রয়োজ্য হলে, অনুগ্রহ করে এই আবেদনপত্রের সাথে নিম্নলিখিত নথিগুলি সংযুক্ত করুন:

- আপনার মোট আয় দেখানো আপনার পেচেক স্টাবের শেষ ৩টি কপি
আপনার সামাজিক সুরক্ষা চেকের অতি সাম্প্রতিক কপি
গত বছরের সম্পূর্ণ ট্যাক্স রিটার্নের কপি
পরিচয়/বাসস্থানের প্রমাণপত্র
চেকিং/সেভিংস অ্যাকাউন্টের অতি সাম্প্রতিক মাসিক স্টেটমেন্ট
চিকিৎসা সাহায্য প্রত্যাহানপত্র

আপনার এই বছরে কোনো ইনকাম ট্যাক্স রিটার্ন ফাইল না করতে হলে, অনুগ্রহ করে সেটি প্রত্যয়িত করে নিচের হলফনামাটিতে স্বাক্ষর করুন:

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আমি প্রত্যয়িত করছি যে উপরোক্ত তথ্যগুলি সত্য এবং যথার্থ এবং আমি বুঝেছি যে জমা দেওয়া তথ্যগুলি প্রয়োজানুসারে কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হাসপিটালের যাচাই এবং নীরিক্ষা সাপেক্ষ।

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

অনুগ্রহ করে কলম্বিয়া মেমোরিয়াল হাসপিটালকে আবেদনের প্রক্রিয়া সম্পর্কে সবসময় জানিয়ে রাখুন। এটি না করলে আপনার অ্যাকাউন্ট(গুলি) একটি সংগ্রহকারী সংস্থার কাছে পাঠানো হবে। এক্ষেত্রে আবেদনটি বাতিল হয়ে যাবে। অনুগ্রহ করে আপনার সকল প্রশ্ন এবং সমস্যার জন্য রোগীর অ্যাকাউন্টের সাথে যোগাযোগ করুন, যেখানে সোমবার - শুক্রবার সকাল ৪টা-বিকাল ৪টা পর্যন্ত (518)828-8051 নম্বরে যোগাযোগ করা যেতে পারে।

অনুগ্রহ করে সম্পূর্ণ করা আবেদনপত্রটি ফেরত পাঠান:
Columbia Memorial Health
PO Box 2000
Hudson, NY 12534
দৃষ্টি আকর্ষণ: আর্থিক পরামর্শদাতা