

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

বিষয়: আর্থিক সহায়তা নীতি (Financial Assistance Policy)

নীতির বিবৃতি:

Albany Med Health System বিশেষ করে আমাদের সেই বিশেষ কিছু সদস্যের জন্য স্বাস্থ্য-পরিচর্যার বিদ্যমান আর্থিক বাধাগুলি কমানোর ব্যাপারে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ যাদের স্বাস্থ্যবিমা বা সরকারি অর্থপ্রদান ব্যবস্থার পর্যাপ্ত কভার নেই। সুতরাং, Albany Med Health System যারা তাদের চিকিৎসার বিলগুলিতে সহায়তা পাওয়ার যোগ্য সেই সকল স্বল্প-রোজগার করা, বিমার বাইরে থাকা বা কম বিমা থাকা ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা দেয়। আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য কোনও ব্যক্তিকেই বিমার কভারেজ থাকা ব্যক্তিদের আপৎকালীন বা অন্যান্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসা পরিচর্যার জন্য সাধারণভাবে যা চার্জ করা হয় সেই রাশির বেশি চার্জ করা হবে না।

Albany Med Health System এই আর্থিক সহায়তা নীতি (Financial Assistance Policy, FAP) অনুসারে আর্থিক সহায়তা প্রদান করে। যুক্তরাষ্ট্রীয় ও স্টেটের সেই যাবতীয় নিয়মাবলী ও বিধিসমূহ প্রতিপালন করতে এই FAP তৈরি করা হয়েছে, যার মধ্যে রয়েছে IRS বিধি 26 CFR §1.501(r) ও NYS জনস্বাস্থ্য আইন (Public Health Law) §2807-k(9-a)।

সংজ্ঞাসমূহ

নিম্নলিখিত পরিভাষাগুলির উদ্দেশ্য হল এই নীতির মধ্যে নিম্নরূপে ব্যাখ্যা করা:

1. আর্থিক সহায়তা কার্যক্রম, যাকে FAP-ও বলা হয়।
2. প্রয়োজনীয় চিকিত্সাজনিত পরিচর্যা: অসুস্থতা, আঘাত, অবস্থা, রোগ বা তার উপসর্গগুলি নির্ণয় করার বা তাদের চিকিৎসা করার জন্য **প্রয়োজনীয়** স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবা বা সরবরাহ এবং যা ওষুধের গৃহীত মান পূরণ করে।
3. বিমার বাইরে থাকা: যে ব্যক্তিদের কোনও বিমা নেই।
4. কম বিমা থাকা: যে রোগীদের কোনও ধরনের স্বাস্থ্যবিমা রয়েছে যা তাদের পরিচর্যার খরচ পর্যাপ্তভাবে কভার করে না, যাতে স্বাস্থ্য-পরিচর্যার ব্যয় পকেট থেকে মেটাতে সেই ব্যক্তিদের উপর আর্থিক বোঝা চেপে যায়।
5. পারিবারিক আয় বলতে বোঝায় বাদছাদ দেওয়ার আগের আয় (কর, সোশ্যাল সিকিউরিটি বিমার প্রিমিয়াম, বেতনের বাদছাদ, ইত্যাদি)। পরিবারের মোট আয় হল নিম্নলিখিত উৎসগুলি থেকে পরিবারের সকল সদস্যের আয়: মজুরি, বেকার ভাতা, কর্মীদের ক্ষতিপূরণ, প্রাক্তন শ্রমিকদের সুবিধাদি, সোশ্যাল সিকিউরিটির আয়, প্রতিবন্ধী বিমা, সরকারি সহায়তা (জনকল্যাণ), খোরপোষ ও অন্যান্য নগদ আয়।
6. আনুমানিক যোগ্যতার সংজ্ঞা হল এই নির্ধারণ যে একজন রোগী তার নিজের প্রদান করা তথ্যের ভিত্তিতে অথবা আগেকার আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা নির্ধারণের ভিত্তিতে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য।
7. গৃহহীন: যে ব্যক্তির বা পরিবারগুলির স্থির, নিয়মিত বা পর্যাপ্ত রাতের বাসস্থানের অভাব রয়েছে, যার অর্থ হল: (i) সরকারি বা বেসরকারি স্থানে প্রাথমিক রাতের বাসস্থান রয়েছে যা মানুষ বাসের উপযুক্ত নয়; (ii) সরকারি বা বেসরকারিভাবে পরিচালিত আশ্রয়ে বাস করছেন।

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

8. Albany Med Health System নিম্নলিখিত হাসপাতাল ও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের নিয়ে গঠিত:

- Albany Med Health System
- Albany Medical Center Hospital
- Albany Medical College
- The Columbia Memorial Hospital
- Columbia Memorial Regional Medical, PLLC
- Glens Falls Hospital
- Glens Falls Medical PLLC
- Healthcare Partners of Saratoga, Ltd. (“Malta Med Emergent Care”)
- The Saratoga Hospital
- Saratoga Regional Medical, P.C.

প্রণালী

A. যোগ্যতার মাপকাঠি

1. যোগ্যতার সিদ্ধান্তের সময় কার্যকর যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্যের আয়ের নির্দেশিকার (Federal Income Poverty Guidelines) উপর 400% পর্যন্ত যেতে পারে এমন স্কেল কাজে লাগিয়ে পারিবারিক আয় ও পরিবারের মাপের ভিত্তিতে যোগ্যতা নির্ধারণ করা হয়। (সংযুক্তি A দেখুন)। এই নীতির পরবর্তী কোনও অনুমোদনের প্রয়োজন ছাড়াই স্বাস্থ্য ও মানবিক পরিষেবা বিভাগের সচিবের (Secretary of the Department of Health and Human Services) দ্বারা জারি করা যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্যের আয়ের নির্দেশিকার আপডেটগুলি প্রতিফলিত করতে সংযুক্তি A নিয়মিত সংশোধন করা হবে।
2. গৃহহীন রোগীরা স্বয়ংক্রিয়ভাবে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য।
3. Albany Med Health System কোনও রোগীকে আনুমানিকভাবে যোগ্য বলে বিবেচনা করতে পারেন যদি রোগীকে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হিসেবে সনাক্ত করার মতো যথেষ্ট তথ্য থাকে। Albany Med Health System সেই আনুমানিক আর্থিক সহায়তা প্রক্রিয়ায় সমর্থন দিতে বিশ্লেষণ করার সফটওয়্যার বা কোনও বিশ্লেষণ পরিষেবা বিক্রেতাকে কাজে লাগাতে পারে, যার মধ্যে পড়তে পারে উপভোক্তাদের রিপোর্ট করার সংস্থাগুলির থেকে পাওয়া ক্রেডিটের তথ্যের পর্যালোচনা।
4. কভার করা পরিষেবা ও পরিষেবার ক্ষেত্র: কভার করা পরিষেবাগুলির মধ্যে পড়ে Albany Med Health System এর যাবতীয় পরিষেবা যা চিকিৎসার দিক থেকে প্রয়োজনীয় বলে মনে করা হয়। রোগীর Albany Med Health System এর ভৌগোলিক ক্ষেত্রের মধ্যে বাস করা বা না করা নির্বিশেষে এই পরিষেবাগুলি প্রদান করা হয়। বসবাসের ভিত্তিতে কোনও আবেদনপত্র প্রত্যাখ্যান করা যাবে না। বাদ দেওয়া পরিষেবাগুলির তালিকার জন্য অনুগ্রহ করে ধারা B দেখুন।

B. বাদ দেওয়া পরিষেবা

ঐচ্ছিক বা কসমেটিক প্রণালী বা হিয়ারিং এড এর জন্য ছাড়া Albany Med Health System এর প্রদান করা চিকিৎসার দিক থেকে প্রয়োজনীয় যাবতীয় পরিষেবার জন্য রোগীর আর্থিক সহায়তা কাজে লাগানো হবে। কার্যক্রমের অধীনে কভার না করা পরিষেবা প্রদান করা বেসরকারি চিকিৎসকদের/প্রদানকারীদের (Albany Med Health System এর দ্বারা নিযুক্ত নয়) চার্জ। সুবিধা সমন্বয়ের সমস্যাগুলির অথবা রোগীদের অনুরোধ করা বিমার নথিপত্র প্রদানে অক্ষমতার কারণে অথবা একটি বিমার/ক্যারিয়ারের বিল করতে প্রয়োজনীয় তথ্য কেন্দ্রে প্রদান করতে রোগীর ব্যালেন্সে FAP প্রযুক্ত হবে না।

যে সব রোগী উপলভ্য বিমার কভারেজ ছেড়ে দেন তা তাদের আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতাকে প্রভাবিত করতে

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

পারে। রোগীর আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতার মূল্যায়ন করার সময় Albany Med Health System রোগীর অন্যান্য উপলভ্য অর্থপ্রদানের উৎসগুলির এবং সেই অতিরিক্ত অর্থপ্রদানের উৎসগুলি (যেমন, Medicaid) পাওয়ার ক্ষেত্রে রোগীর সহায়তার কথা বিবেচনা করতে পারে, যেমনটা এই FAP এর ধারা D(3) ও D(4)-এ বর্ণনা করা হয়েছে।

Albany Med Health System-তে একটি অনাপৎকালীন পরিস্থিতিতে আসা আন্তর্জাতিক রোগীরা আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য নন।

C. আর্থিক সহায়তা গণনার ভিত্তি

আর্থিক সহায়তা রোগীর কাছে বিল করা নীট রাশির থেকে ছাড় দেওয়া শতাংশের আকারে প্রদান করা হয়। বিমা না থাকা রোগীদের ক্ষেত্রে, বিল করা নীট রাশির উদ্দেশ্য হল একই পরিষেবার জন্য Medicare এর কাছে সাধারণভাবে বিল করা রাশিকে প্রতিফলিত করা। শাখা সংস্থা Medicare এর কাছে সাধারণভাবে বিল করা রাশি নির্ণয় করতে IRS এর ধারা 501r এর দ্বারা নির্ধারিত লুক-ব্যাক পদ্ধতি প্রয়োগ করে। ধারা D-তে তালিকাভুক্ত শাখাগুলিতে যোগাযোগ করে Medicare এর কাছে সাধারণভাবে বিল করা রাশি গণনা সংক্রান্ত তথ্য পাওয়া যাবে। বিমা করা রোগীদের ক্ষেত্রে, বিল করা নীট রাশি রোগীর দায়িত্বের ব্যালেন্সের আকারে রোগীর যে কোনও দায়িত্বকে উপস্থাপিত করে। প্রদত্ত ছাড়ের শতাংশের ভিত্তি হল যোগ্যতার সিদ্ধান্তের সময় কার্যকর যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্যের আয়ের নির্দেশিকার (Federal Income Poverty Guidelines) উপর 400% পর্যন্ত যেতে পারে এমন স্কেল কাজে লাগিয়ে পারিবারিক আয় ও পরিবারের মাপ এবং তা বার্ষিক আপডেট করা হয়।

D. আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করার পদ্ধতি

1. রোগীরা রেজিস্ট্রেশন প্রক্রিয়া চলাকালীন কোনও রেজিস্ট্রারের কাছ থেকে আবেদন পূরণ করার জন্য একটি আবেদন এবং/অথবা গোপনীয় সহায়তার জন্য অনুরোধ করতে পারেন, অথবা নিচের কোনও শাখা সংস্থায় কল করে বা অনলাইনে আবেদন করতে পারেন:

Albany Medical Center Hospital/ Albany Medical College

সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল ৪টা থেকে বিকেল ৪:৩০টে

518-262-1981 বা 1-866-262-7476

www.amc.edu/pbs

Patient Billing Services

1275 Broadway

Menands, NY 12204

Columbia Memorial Health

সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল ৪টা থেকে বিকেল ৪টে

518-828-8051

www.columbiamemorialhealth.org

Billing Department

Specialty Services Building

65 Prospect Avenue

Hudson, NY 12534

Glens Falls Hospital

সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল ৭:৩০টা থেকে

বিকেল ৪:৩০টে

518-926-5111

www.glensfallshospital.org

Patient Financial Services

100 Park Street

Glens Falls, NY 12801

Saratoga Hospital

সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল ৪টা

থেকে বিকেল ৪:৩০টে

518-583-8343

www.saratogahospital.org

Patient Financial Services

59D Myrtle Street

Saratoga Springs, NY 12186

2. যারা আর্থিক সহায়তা চাইছেন তাদের নিম্নলিখিতগুলি প্রদান করতে বলা হবে:

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

- পূরণ করা আবেদনপত্র
 - সবচেয়ে সাম্প্রতিক যুক্তরাষ্ট্রীয় করের রিটার্ন
 - নীচের ধারা C3-তে উল্লেখ করা অনুসারে একমাসের বর্তমান পে স্টাবের অথবা বিকল্প আয়ের উৎসের প্রমাণের প্রতিলিপি।
 - শেষ দুটি ব্যাঙ্ক বিবৃতির প্রতিলিপি
 - রোগীর আয় Medicaid এর আয়ের মাত্রার মধ্যে হলে প্রত্যখ্যানের প্রতিলিপির সঙ্গে Medicaid এর পূরণ করা আবেদনপত্র
3. উপযুক্ত হলে রোগীদের Medicaid বা অন্যান্য সরকারিভাবে স্পনসর করা বিমা কার্যক্রমগুলিতে আবেদন করতে বলা হবে। রোগীদের এই প্রক্রিয়ায় সহায়তা করার সংস্থানগুলি পাওয়া যাবে। রোগীদের Medicaid এর দ্বারা কভার করা পরিষেবা পেতে ব্যয় করা পূরণ করার প্রয়োজন হতে পারে। শাখা সংস্থানগুলিতে ব্যয় করা রাশি ও কো-পে এবং/অথবা বাদ দেওয়ার রাশি সহ যে কোনও অর্থপ্রদান করার প্রয়োজন হওয়া রোগীরা আমাদের FAP-তে বিবেচনার যোগ্য হবেন। Medicaid এর জন্য আবেদন করার বা আবেদনের প্রয়োজনীয়তা মেনে চলায় ব্যর্থতার ফলে আর্থিক সহায়তা প্রত্যখ্যান করা হবে।
- Albany Med Health System এর কাছে নিউ ইয়র্ক স্টেটের হেলথ মার্কেটপ্লেস (Department of Health Marketplace) বিভাগের মাধ্যমে Medicaid, Child Health plus বা কোনও যোগ্য স্বাস্থ্যের প্লানে (Qualified Health Plan) নথিভুক্ত হতে কমিউনিটিকে সহায়তা করার সংস্থান রয়েছে। রোগীদের যোগ্য মনে হলে তাদেরকে এই কার্যক্রমগুলির যে কোনও একটিতে পাঠানো হবে।
4. আর্থিক সহায়তা দেওয়া হয়েছে এমন কোনও রোগীকে পরবর্তী পরিষেবাগুলির পর্যালোচনার পর Medicaid এর জন্য আবেদন করার নির্দেশ দেওয়া হতে পারে, যদি এটা মনে করা হয় যে Medicaid কভারেজ বর্তমানে দেওয়া আর্থিক সহায়তার চেয়ে রোগী (দের) কাছে বেশি উপযোগী হবে। কোনও রোগী Albany Med Health System এর অনুরোধের 90 দিনের মধ্যে NYS Medicaid আবেদন না করলে Albany Med Health System প্রত্যাহারের বিজ্ঞপ্তির তারিখের পর যাবতীয় পরিষেবার ক্ষেত্রে রোগীর আর্থিক সহায়তার স্থিতি বাতিল করা হতে পারে।
5. একজন রোগী কভার করা পরিষেবা সংক্রান্ত প্রথম বিল করার বিবৃতির এক বছরের মধ্যে যে কোনও সময় আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র জমা দিতে পারেন। অসম্পূর্ণ আবেদনগুলি আটকে দেওয়া হবে ও আবেদনকারীকে প্রয়োজনীয় না থাকা তথ্য সম্পর্কে জানানো হবে যা লিখিত বিজ্ঞপ্তির তারিখের 40 দিনের মধ্যে সরবরাহ করা আবশ্যিক। রোগী এই প্রয়োজনীয়তা পূরণ না করলে আবেদন প্রত্যখ্যান করা হবে এবং শাখা সংস্থা বিল করার ও অর্থ সংগ্রহের কাজ শুরু করবে। রোগীর কাছে 40 দিনের সময়সীমার পরে প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদানের বিকল্প থাকবে। Albany Med Health System সেই তথ্য পরিষেবার তারিখের পরের এক বছরের মধ্যে পেলে শাখা সংস্থা বিল করার ও অর্থ সংগ্রহের কাজ স্থগিত রাখবে।

Albany Med Health System এর আর্থিক সহায়তার সিদ্ধান্ত আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্রে দেওয়া তথ্য ও সেইসঙ্গে Albany Med Health System-কে সেই আবেদনপত্র প্রক্রিয়া করায় সাহায্যকারী বাইরের বিক্রেতা বা সিস্টেম বা অনুরূপ প্রতিষ্ঠানের দ্বারা প্রাপ্ত ডেটার ভিত্তিতে নেওয়া হবে। Health System আন্তর্জাতিক মাপকাঠিও ব্যবহার করতে পারে যার মধ্যে থাকতে পারে আগেকার অ্যাকাউন্টের ইতিহাস পর্যালোচনা ও একটি ক্রেডিট পরীক্ষা। Albany Med Health System আবেদন প্রক্রিয়ায় সহায়তার জন্য অতিরিক্ত তথ্যের অনুরোধ করার অধিকার সংরক্ষিত রাখবে।

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

কোনও রোগী যোগ্য কিনা পূরণ করা আবেদনপত্র পাওয়ার 30 দিনের মধ্যে নির্ধারণ করা হবে। কোনও রোগী আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হলে তিনি আর্থিক সহায়তার ছাড়ের পরিমাণের লিখিত বিস্তৃতি তথা আর্থিক সহায়তা অনুমোদনের কার্ড পাবেন যাতে কভারেজের সময়কাল, ছাড়ের পরিমাণ এবং পরিবারের সকল যোগ্য নির্ভরশীলের নাম দেওয়া থাকবে।

6. আবেদনপত্র পূরণ করার বা মৌখিকভাবে প্রদান করার পর সাধারণ ব্যবসায়িক ধারায় পাঠানো বিলগুলি উপেক্ষা করতে পারেন এবং রোগীকে তার সম্পর্কে জানানো হবে। এই আবেদন গৃহীত হওয়ার পর বিদ্যমান বিলগুলি আটকে দেওয়া হবে।
7. Albany Med Health System FAP নির্ধারণ করতে পারে যে কোনও রোগী লিখিত আবেদন জমা দিতে না পারলে কখন তিনি সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। রোগীকে পরীক্ষা করা এবং মৌখিকভাবে তথ্য সরবরাহ ও প্রমাণীকরণ করা আবশ্যিক। প্রমাণীকরণ প্রক্রিয়ার মধ্যে পড়ে তৃতীয়পক্ষের বিক্রেতার সফটওয়্যার সরঞ্জামের ব্যবহার। কোনও রোগী আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য বলে নির্ধারিত হলে উপযুক্ত সমন্বয়ের জন্য একটি আনুমানিক যোগ্যতার অনুমোদন দেওয়া হবে।
8. বিশেষ কিছু ক্ষেত্রে সাধারণ ছাড়-ভিত্তিক মাপকাঠিতে রোগী FAP এর যোগ্য না হলে Albany Med Health System এর আর্থিক সহায়তা পর্যালোচনা কমিটি (Financial Assistance Review Committee) লাঘব করার পরিস্থিতি বিবেচনা করতে এবং রোগীকে যোগ্য বলে নির্ধারণ করতে পারে।
9. রোগীকে আর্থিক সহায়তা ছাড় দেওয়ার পর কিছু ব্যালেন্স থাকলে তার উপর যুক্তিসঙ্গত মাসিক অর্থপ্রদান পরিকল্পনা প্রতিষ্ঠার অনুমতি দেওয়া হবে। কোনও অবস্থাতেই মাসিক কিস্তি রোগীর স্থূল মাসিক আয়ের 10% ছাড়িয়ে যাবে না অথবা তাতে কোনও দ্রুততর করার ধারা বা সুদের জরিমানা থাকবে না। সাশ্রয়ী মাসিক অর্থপ্রদান পরিকল্পনার ব্যবস্থা করতে আর্থিক কাউন্সেলিং পাওয়া যাবে।
10. কোনও একটি সংস্থার থেকে অর্থপ্রদান না করার অনুরোধের ক্ষেত্রে শাখা সংস্থাগুলির প্রতিটির কাজের নিষ্পত্তি করতে একটি পৃথক বিল করার ও ঋণ সংগ্রহের নীতি (Billing and Debt Collection Policy) নেওয়া হতে পারে, ধারা D দেখুন।
11. আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা সেই কভার করা পরিষেবার তারিখে কার্যকর হবে যার জন্যে রোগী/জামিনদার আবেদন করেছেন। কভারেজের সময়কাল অনুমোদন মঞ্জুরির তারিখের পরের এক বছর পর্যন্ত সম্প্রসারিত হবে। Albany Med Health System রোগীদের আর্থিক স্থিতির পরিবর্তন হলে তাদের আর্থিক সহায়তার জন্য পুনরায় আবেদন করতে বলতে পারে।
12. যে রোগীরা আর্থিক সহায়তার আবেদন করবেন এবং প্রত্যাখ্যাত হবেন তারা যে শাখা সংস্থার প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে সেখানে একটি চিঠি পাঠিয়ে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন। আপিলগুলি Albany Med Health System আর্থিক সহায়তা পর্যালোচনা কমিটির দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে।

রোগীদের এই চিঠিতে আপিলের কারণ উল্লেখ করতে হবে। যাবতীয় আপিল সেগুলি পাওয়ার 45 দিনের মধ্যে পর্যালোচনা করা হবে ও সেগুলির উত্তর দেওয়া হবে। যে রোগীদের শাখা সংস্থা নিষ্পত্তি করতে পারবে না এমন উদ্বেগ বা সমস্যা রয়েছে তারা নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগে(Department of Health) 1-800-804-5447 নম্বরে ফোন করতে পারেন।

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

E. অর্থ ফেরত

কোনও রোগী অর্থপ্রদান করলে এবং আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতার ভিত্তিতে অর্থ বকেয়া ছিল না বলে নির্ধারিত হলে অতিরিক্ত অর্থপ্রদান বলে নির্ণয় করা রাশি রোগীকে ফেরত হিসেবে পাঠিয়ে দেওয়া হবে।

F. অর্থ সংগ্রহ

অর্থ সংগ্রহের রেফারাল শুরুর আগে আনুমানিক যোগ্যতা অনুসারে যাবতীয় বিলের মূল্যায়ন করা হবে। Albany Med Health Systems অর্থ সংগ্রহের জন্য কোনও হিসেব পাঠাবে না যদি রোগী আর্থিক সহায়তা পাওয়ার আবেদন করে থাকেন অথবা আর্থিক সহায়তা কার্যক্রমের অধীনে বিবেচনার জন্য মৌখিক তথ্য প্রদান করে থাকেন যতক্ষণ না কোনও নির্ধারণ করা হচ্ছে এবং রোগীকে নীতি অনুসারে সেই নির্ধারণের বিরুদ্ধে আপিলের সময় দেওয়া হচ্ছে। সহায়তার পর ব্যালেন্স অর্থ প্রদান করার জন্য রোগীদের যথেষ্ট সময় দিতে রোগীকে বকেয়া ব্যালেন্স পাঠানো হবে এবং একটি ডাভিং চক্র পুনরায় শুরু করা হবে। Albany Med Health System এর কাজে লাগানো সকল অর্থ সংগ্রহ সংস্থাকে কোনও রোগীর বিরুদ্ধে আইনি ব্যবস্থা নেওয়া শুরু করার আগে Albany Med Health System এর পরিচালকবর্গের থেকে লিখিত সম্মতি গ্রহণ করতে হবে। অর্থ সংগ্রহ সংস্থাগুলিকে FAP মেনে চলতে এবং বার্ষিক শিক্ষা প্রাপ্ত করতে হবে এবং Albany Med Health System এর অ্যাকাউন্টগুলি পরিচালনাকারী সকল কর্মীকে প্রশিক্ষণ দিতে হবে। সংস্থাগুলির কাছে রোগীর কার্যক্রমের আবেদন প্রক্রিয়া সংক্রান্ত তথ্য থাকবে। কোনও অবস্থাতেই সেই কার্যক্রমের কাছ থেকে কোনও রাশি বকেয়া নেই বলে দাবির নির্ধারণ পাওয়ার আগে এমন কোনও রোগীর থেকে কোনও অর্থরাশি সংগ্রহ করা হবে না যিনি স্বাস্থ্য-পরিচর্যা পরিষেবা প্রদানের সময় সরকারি কার্যক্রমে নথিভুক্ত রয়েছেন; সেই হিসেবগুলি সংগ্রহের জন্য পাঠানোও হবে না। উপরন্তু, কোনও অবস্থাতেই Albany Med Health System বা অর্থ সংগ্রহ পরিষেবা প্রদানকারী কোনও সত্তা চিকিৎসার বকেয়া বিল সংগ্রহের উদ্দেশ্যে প্রাথমিক বাসস্থান বিক্রির বা নিষ্ক্রিয় সমাপ্তির জন্য জোর খাটাতে পারবে না।

ধারা D-তে রূপরেখা দেওয়া শাখা সংস্থার সঙ্গে যোগাযোগ করে আমাদের অর্থ সংগ্রহের নীতিমালার (Collection Policies) অনুরোধ করা যেতে পারে।

G. প্রতিপালন

Albany Med Health System কার্যক্রমের কমিউনিটির প্রয়োজন পূরণ করা তথা বিদ্যমান আইন বা বিধিসমূহ প্রতিপালন করা নিশ্চিত করতে আবেদন পর্যালোচনা ও প্রদান করার অথবা Albany Med Health System Board এর কাছে অন্যান্য কার্যক্রম-সংক্রান্ত সুপারিশ করার জন্য একটি বৈচিত্র্যপূর্ণ সমিতি বহাল রাখবে।

Albany Med Health System নীচের কাজগুলি দিয়ে তার এই নীতির প্রতিপালন পর্যবেক্ষণ করবে:

- যাবতীয় হাসপাতালে রেজিস্ট্রেশনের এলাকায় প্রচারপত্র ও আবেদনপত্র রাখা থাকবে
- কার্যক্রমের অধীনে চিকিৎসকের অংশগ্রহণ সংক্রান্ত তথ্য রোগীর অনুরোধক্রমে ও যুক্তিসঙ্গত সময়সীমার মধ্যে প্রদান করা হবে
- আবেদন, প্রত্যাখ্যান, অনুমোদন, ক্ষতিস্বীকার ও আনুমানিক যোগ্যতা নির্ধারণ সংক্রান্ত ট্র্যাক রাখার রিপোর্টগুলি রুটিনমাসিক পর্যালোচনা ও রিপোর্ট করা হবে
- কর্মীদের পারদর্শিতা বজায় রাখতে এবং কার্যক্রমের বদল বা বৃদ্ধি পর্যালোচনা করতে কর্মীদের বার্ষিক পরিচিতি পরিচালিত হবে।
- নতুন নিয়োগের পরিচিতির মধ্যে পড়ে কার্যক্রম সংক্রান্ত শিক্ষা ও তথ্য



Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

H. যোগাযোগের তথ্য

Albany Med Health System আর্থিক সহায়তা কার্যক্রম সংক্রান্ত অতিরিক্ত তথ্যের জন্য অথবা আবেদনপত্র পূরণে সহায়তার জন্য অনুগ্রহ করে এই নথির ধারা D-তে থাকা উপযুক্ত শাখা হাসপাতালে যোগাযোগ করুন।

Contact:	Shelly Breton	Revised:	10/21/2021
Reference:		Approved:	

নমুনা A

Albany Med Health System

আর্থিক সহায়তার স্লাইডিং স্কেল

2022					
পরিবারের মাপ	দারিদ্র্যের মাত্রা	100%	75%	50%	25%
1	\$13,590	\$0-\$33,975	\$33,976-\$40,770	\$40,771-\$47,565	\$47,566-\$54,360
2	\$18,310	\$18,310-\$45,775	\$45,776-\$54,930	\$54,931-\$64,085	\$64,086-\$73,240
3	\$23,030	\$23,030-\$57,575	\$57,576-\$69,090	\$69,091-\$80,605	\$80,606-\$92,120
4	\$27,750	\$27,750-\$69,375	\$69,376-\$83,250	\$83,251-\$97,125	\$97,126-\$111,000
5	\$32,470	\$32,470-\$81,175	\$81,176-\$97,410	\$97,411-\$113,645	\$113,646-\$129,880
6	\$37,190	\$37,190-\$92,975	\$92,976-\$111,570	\$111,571-\$130,165	\$130,166-\$148,760
7	\$41,910	\$41,910-\$104,775	\$104,776-\$125,730	\$125,731-\$146,685	\$146,686-\$167,640
8	\$46,630	\$46,630-\$116,575	\$116,576-\$139,890	\$139,891-\$163,205	\$163,206-\$186,520
9	\$51,350	\$51,350-\$128,375	\$128,376-\$154,050	\$154,051-\$179,725	\$179,726-\$205,400
10	\$56,070	\$56,070-\$140,175	\$140,176-\$168,210	\$168,211-\$196,245	\$196,246-\$224,280
	FPL Calculation	FPL x 250%	FPL x 300%	FPL x 350%	FPL x 400%

পারিবারিক আয়ের ভিত্তি রেখা ফুক্তরাস্ত্রিয় রেজিস্টারে প্রকাশিত যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্যের আয়ের মাত্রার থেকে প্রাপ্ত করা হয়।

*যে সব আবেদনকারী এই মাপকাঠি পূরণ করেন তাদের আবেদনপত্রগুলি Albany Med Health System এর আর্থিক সহায়তা পর্যালোচনা কমিটি অনুমোদন ও ছাড়ের শতাংশের জন্য পর্যালোচনা করবে।