

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

ব্যক্তিগত ও গোপনীয়

[Guarantor Name Smarttext]

[Guarantor Address Smarttext]

[Date Smarttext]

জামিনদার: [Guarantor Smarttext]

মামলা নম্বর: [Smarttext]

মামলায় অন্তর্ভুক্ত রোগী:

[Smarttext patient name(s)]

প্রিয় [patient name Smarttext],

আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী হিসেবে [RHM Smarttext] নির্বাচন করার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। অনুগ্রহ করে সংযুক্ত আবেদনপত্রটি পূরণ করুন এবং নীচের ঠিকানায় পাঠিয়ে দিন যাতে আপনার আর্থিক সহায়তার মূল্যায়ন সম্পন্ন করা যায়।

যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আমাদের গ্রাহক সেবা কেন্দ্রের সাথে যোগাযোগ করুন ৮০০-৪৯৪-৫৭৯৭ নম্বরে, সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল ৯:০০ থেকে বিকেল ৫:০০ পর্যন্ত ইটি। অভিবাদনের পর, একজন প্রতিনিধি পর্যন্ত পৌঁছানোর জন্য ১ চাপুন, তারপর ২ চাপুন। অনুগ্রহ করে আপনার প্রয়োজনীয় ভাষাটি জানান, আমরা লাইনে একজন দোভাষী যুক্ত করবো।

বিনীত,

ট্রিনিটি হেলথ এন্টারপ্রাইজ রোগী আর্থিক পরিসেবা

[RHM Smarttext] -এর পক্ষ থেকে

২০৫৫৫ ভিক্টর পার্কওয়ে

লিভোনিয়া, এমআই ৪৮১৫২

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

রোগীর নাম (যথাসম্ভব প্রযোজ্য তথ্য পূরণ করুন)		
রোগীর নাম (প্রথম, মধ্য, শেষ)	জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)	
যোগাযোগ ফোন #		
মেইলের ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ ইউনিট #	
শহর	রাজ্য	জিপ কোড
পিতামাতা/অভিভাবক বা আইনসম্পত্ত প্রতিনিধির নাম (যদি রোগী একজন অপ্ৰাপ্তবয়স্ক শিশু বা অক্ষম প্রাপ্তবয়স্ক হন)		
ইমেইল ঠিকানা		
পুরো নাম	সম্পর্ক	মোট আয় (বর্তমান)
হাসপাতাল আপনাকে আয়ের প্রমাণ হিসেবে ডকুমেন্টেশন জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে, উদাহরণস্বরূপ ডকুমেন্টেশন হতে পারে একটি পে স্টাব, যদি প্রযোজ্য হয় তবে আপনার নিয়োগকর্তার একটি চিঠি, অথবা ফর্ম ১০৪০।		
স্বাস্থ্য বীমা স্থিতি		
আপনার কি কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বীমা আছে, যেমন মেডিকেইড, মেডিকেয়ার, বা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে বা নিজে কেনা ব্যক্তিগত বীমা? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

যদি আপনার উত্তর “না” হয়, তবে আপনি কি এই প্রোগ্রামগুলির কোনোটির জন্য আবেদন করতে সহায়তা চান?

হ্যাঁ না

অপর্যাপ্ত বীমার রোগী: যারা বীমা পেয়েছেন এবং উচ্চ চিকিৎসা ব্যয় রয়েছে। যদি আপনার বীমা থাকে, তবে গত ১২ মাসে আপনি যে চিকিৎসা বিলগুলো পরিশোধ করেছেন তার একটি আনুমানিক পরিমাণ প্রদান করুন।

\$

হাসপাতাল আপনাকে পরিশোধিত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ হিসেবে ডকুমেন্টেশন জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারে।

রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষ: যদি রোগী না হয়, তবে ফর্মটি সই করা ব্যক্তির নাম এবং তাদের রোগীর পক্ষ থেকে সই করার কর্তৃত্ব তালিকাভুক্ত করুন(যেমন, স্বামী/স্ত্রী, পিতা/মাতা, আইনগত প্রতিনিধি)।

আমি বুঝি যে, আমি যে তথ্য জমা দিচ্ছি তা বাহ্যিক উৎস থেকে যাচাই করা হতে পারে। আমি প্রত্যয়ন করছি যে, তথ্যটি আমার সর্বোত্তম জ্ঞানে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

প্রিন্টের নাম

তারিখ

রোগীর সাথে সম্পর্ক

স্বাক্ষর

দয়া করে আপনার আবেদন উপরের ঠিকানায় মেইল করুন, ফ্যাক্স করুন ৩১২-৮৭১-৩৩৫০ অথবা MyChart (রোগী পোর্টাল) এর মাধ্যমে ডকুমেন্ট আপলোড করুন - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>। যদি আপনার কোনও প্রশ্ন থাকে, তাহলে আমাদের কাস্টমার সার্ভিস সেন্টারে 800-494-5797 নম্বরে সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল ৯টা থেকে বিকেল ৫টা পর্যন্ত যোগাযোগ করুন। ইটি।

ন্যূনতম যোগ্যতা এবং নির্দেশিকা

আবেদন সময়সীমা, রোগীর অধিকার এবং গোপনীয়তা

সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন যেকোনো সময় আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।

• আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার আবেদন বিষয়ে সিদ্ধান্ত না পাওয়া পর্যন্ত আপনাকে এই হাসপাতালকে কোনো পেমেন্ট করতে হবে না। আপনার আবেদন মূলতবি থাকে অবস্থায় হাসপাতালগুলি অ্যাকাউন্ট সংগ্রহে প্রেরণ করতে পারবে না।

যদি আপনাকে আর্থিক সহায়তা প্রত্যাখ্যান করা হয়, তবে আপনার আপিল করার অধিকার আছে। সেটা কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে তথ্য হাসপাতালের নোটিশে অন্তর্ভুক্ত থাকবে যা আপনি পাবেন। আপনার আর্থিক সহায়তার

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

পরিমাণ সম্পর্কেও আপিল করার অধিকার থাকতে পারে। হাসপাতাল তাদের সিদ্ধান্তের পত্রে আপিল কীভাবে করবেন সে সম্পর্কে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে।

- হাসপাতালগুলি আপনার প্রথম বিলের পর অন্তত ১৮০ দিন পর্যন্ত অপঠিত বিল একটি সংগ্রহ সংস্থায় প্রেরণ করতে পারবে না।
- হাসপাতালগুলি আইনগত পদক্ষেপ নেওয়া থেকে বিরত থাকে, যার মধ্যে মামলা দায়ের করা অন্তর্ভুক্ত, ৪০০% ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার নিচে থাকা রোগীদের জন্য অপরিশোধিত চিকিৎসা বিল উদ্ধার করার জন্য। দারিদ্র্য নির্দেশিকা এখানে পাওয়া যাবে: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- এই আবেদনে দেওয়া কোনও তথ্য কেবলমাত্র হাসপাতাল দ্বারা আপনার আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য ব্যবহার করা হবে এবং আইন দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে গোপনীয় থাকবে।
- হাসপাতাল আপনাকে চিকিৎসা প্রয়োজনীয় সেবা দিতে অস্বীকৃতি জানাতে পারবে না কারণ আপনার অপরিশোধিত চিকিৎসা বিল রয়েছে।
- যদি আপনার এই আবেদনে সহায়তা প্রয়োজন হয়, তবে অনুগ্রহ করে (হাসপাতাল নাম)-এর আর্থিক সহায়তা অফিসে (ফোন নম্বর) এর মাধ্যমে যোগাযোগ করুন।
- যদি আপনার এই আবেদনের সাথে অতিরিক্ত সহায়তা প্রয়োজন অথবা কোনও সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে সহায়তা চান, আপনি কমিউনিটি হেলথ অ্যাডভোকেটসদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন: ৮৮৮-৬১৪-৫৪০০।

যোগ্যতা

নিচে উল্লেখিত আয়ের চেয়ে বেশি আয়ের স্তরে পেমেন্ট ডিসকাউন্টের জন্য রোগীর যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করার এবং/অথবা পাবলিক হেলথ আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় যোগ্য রোগীদের জন্য বেশি পেমেন্ট ডিসকাউন্ট প্রদান করার জন্য হাসপাতালের ক্ষমতাকে কিছুই সীমাবদ্ধ করে না। উপরন্তু, আর্থিক সহায়তা নির্ধারণের ক্ষেত্রে অভিবাসন অবস্থা একটি যোগ্যতার মানদণ্ড হিসেবে গণ্য হবে না।

নিচে উল্লেখিত ব্যক্তির যোগ্য:

স্বাস্থ্য বীমা ছাড়া নিম্ন আয়ের ব্যক্তি; অথবা

- যারা আংশিক বীমাকৃত (গত বারো মাসে ব্যক্তির মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশের বেশি পরিমাণে ব্যক্তিগতভাবে গৃহীত চিকিৎসা ব্যয় হয়েছে); অথবা
- যারা তাদের স্বাস্থ্য বীমার সুবিধা শেষ করেছেন এবং সম্পূর্ণ চার্জ পরিশোধের অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন; অথবা
- হাসপাতালের বিবেচনায়, যারা তাদের কো-পে বা কর্তনযোগ্য অর্থ পরিশোধের অক্ষমতা প্রদর্শন করতে পারেন, তারা কমানো বা ছাড়কৃত পেমেন্টের জন্য আবেদন করতে পারেন।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের ৪০০% পর্যন্ত ব্যক্তির আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য।

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

ফেডারেল দারিদ্র্য স্তর (২০২৪)			
পরিবারের আকার	২০০%	৩০০%	৪০০%
১ জন	\$৩০,১২০	\$৪৫,১৮০	\$৬০,২৪০
২ জন	\$৪০,৮৮০	\$৬১,৩২০	\$৮১,৭৬০
৩ জন	\$৫১,৬৪০	\$৭৭,৪৬০	\$১০৩,২৮০
৪ জন	\$৬২,৪০০	\$৯৩,৬০০	\$১২৪,৮০০
৫ জন	\$৭৩,১৬০	\$১০৯,৭৪০	\$১৪৬,৩২০
৬ জন	\$৮৩,৯২০	\$১২৫,৮৮০	\$১৬৭,৮৪০
৭ জন	\$৯৪,৬৮০	\$১৪২,০২০	\$১৮৯,৩৬০

বার্ষিক হালনাগাদ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

ন্যূনতম ছাড়ের হার

যদি আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হন, আপনার আয়ের উপর ভিত্তি করে স্লাইডিং ফি স্কেল অনুযায়ী চার্জ হ্রাস করা হবে।

আয়ের স্তর	পেমেন্ট
২০০% এফপিএলের নিচে	সমস্ত চার্জ মওকুফ
২০০-৩০০% এফপিএল	বিমাহীন রোগী: মেডিকেইড যে পরিমাণ অর্থ প্রদানের জন্য নির্ধারিত তা থেকে সর্বাধিক ১০% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল প্রযোজ্য। আংশিক বিমাকৃত রোগী: রোগীর বিমার খরচ ভাগাভাগি করার শর্ত অনুযায়ী প্রদেয় অর্থের সর্বাধিক ১০% পর্যন্ত ছাড় প্রযোজ্য।
৩০১% - ৪০০% এফপিএল	বিমাহীন রোগী: মেডিকেইড প্রদেয় পরিমাণের সর্বাধিক ২০% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল প্রযোজ্য। আংশিক বিমাকৃত রোগী: রোগীর বিমা খরচ ভাগাভাগি করার শর্ত অনুযায়ী প্রদেয় অর্থের সর্বাধিক ২০% পর্যন্ত ছাড় প্রযোজ্য।

হাসপাতালগুলি যোগ্য রোগীদের জন্য অতিরিক্ত ছাড় দিতে পারে এবং/অথবা উচ্চ আয়ের স্তরের রোগীদের জন্য পেমেন্ট ছাড় প্রদান করতে পারে।

কিস্তি পরিকল্পনাসমূহ

যেসব রোগী একসঙ্গে হ্রাসকৃত হার পরিশোধ করতে অক্ষম, তাদের জন্য কিস্তি পরিকল্পনা উপলব্ধ। মাসিক কিস্তি আপনার মোট মাসিক আয়ের ৫% অতিক্রম করতে পারবে না এবং বকেয়া অর্থে কোনো সুদ ধার্য করা হলে তা ২% অতিক্রম করতে পারবে না।

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

গৃহস্থালি আয়ের প্রমাণপত্রের অনুরোধ

অনুগ্রহ করে রোগী, তাদের জীবনসঙ্গী এবং নির্ভরশীলদের (যেমন সন্তান) আয়ের তথ্য প্রদান করুন। উদাহরণস্বরূপ, যারা একই কর রিটার্নে তালিকাভুক্ত (কর দাতা, জীবনসঙ্গী, এবং নির্ভরশীল) তাদের সবাইকে গৃহস্থালি আয়ের হিসাবের অন্তর্ভুক্ত করা হবে।

নিম্নলিখিত নথিগুলোর একটি তালিকা যা আপনি আপনার আয়ের প্রমাণ দিতে ব্যবহার করতে পারেন। আপনাকে করতে হবে না সব নথি সরবরাহ। আপনি একটি আয়হীনতার বিবৃতিও প্রদান করতে পারেন যদি আপনি কোনো আয় নেই

আপনি এনওয়াই স্টেট অফ হেলথ মার্কেটপ্লেস থেকে যোগ্যতা নির্ধারণের পৃষ্ঠাও প্রদান করতে পারেন। যদি আপনার এই নথিটি থাকে, তাহলে আপনাকে হাসপাতালের নীচে তালিকাভুক্ত অন্য কোনো আয়ের তথ্য প্রদান করতে হবে না।

যদি গৃহস্থালি পায়:	মাসিক পরিমাণ:	আবেদনকারী প্রদান করতে পারেন:
বেতন	\$	অনুগ্রহ করে একটি বেতন স্টাব প্রদান করুন, অথবা নিয়োগকর্তার কাছ থেকে একটি পত্র যা কোম্পানির চিঠির মাধ্যমে লেখা, সাইন এবং তারিখসহ, অথবা সর্বশেষ জমা দেওয়া আয়কর রিটার্ন।
সামাজিক নিরাপত্তা পেমেন্ট	\$	পুরস্কৃত পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা ইউ.এস. সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন থেকে প্রেরিত পত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধার পত্র। আপনার সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধার পত্রের কপি পেতে, ১-৮০০-৭৭২-১২১৩ নম্বরে কল করুন অথবা www.ssa.gov এ ভিজিট করুন।
বেকারত্ব ক্ষতিপূরণ	\$	পুরস্কৃত পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা এনওয়াইএস শ্রম দপ্তর থেকে মাসিক সুবিধা বিবৃতি, অথবা সরাসরি পেমেন্ট কার্ডের কপি সহ প্রিন্টআউট, অথবা এনওয়াইওএস শ্রম দপ্তর থেকে প্রেরিত পত্র, অথবা এনওয়াইওএস শ্রম দপ্তরের ওয়েবসাইট থেকে প্রাপক অ্যাকাউন্টের তথ্যের প্রিন্টআউট (www.labor.state.ny.us)।
অক্ষমতা পেমেন্ট	\$	পুরস্কৃত পত্র/সার্টিফিকেটের কপি, অথবা সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন থেকে প্রেরিত পত্র, অথবা বার্ষিক সুবিধার পত্রের কপি। আপনার সুবিধার পত্রের কপি পেতে, ১-৮০০-৭৭২-১২১৩ নম্বরে কল করুন অথবা www.ssa.gov এ ভিজিট করুন।
কর্মী ক্ষতিপূরণ	\$	পুরস্কৃত পত্র অথবা চেক স্টাবের কপি।
ভরনপোষণ/শিশু সহায়তা	\$	আদালতের আদেশের কপি, অথবা ৩ মাসের নগদ চেক/রসিদ।
লভ্যাংশ/সুদ	\$	ত্রৈমাসিক লভ্যাংশ বিবৃতি অথবা ১ মাসের বিবৃতি।

এনওয়াইএস ইউনিফর্ম হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার আবেদন

ট্রিনিটি হেলথের সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল এবং পেশাদার সেবার জন্য

আপনার বিল পরিশোধের জন্য আপনি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন, যদি আপনার বীমা না থাকে, যদি আপনার বীমার সুবিধা শেষ হয়ে যায়, বা যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে কিন্তু আপনার আয়ের ১০% এর বেশি প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের প্রমাণ থাকে। এই ফর্মটি পূরণ করলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ শুরু হবে। এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক রাজ্যের সমস্ত হাসপাতালে ব্যবহৃত হয়। আমরা আপনাকে বিনা খরচে একজন দোভাষী প্রদান করব যাতে আমরা ইংরেজিতে প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করতে পারি।

অন্যান্য	\$	অ-কর্মমূলক আয়ের পরিমাণ জানানো একটি পত্র (যদি থাকে), যেমন ভাড়া আয়, খণ্ডকালীন কাজের জন্য নগদ, ইত্যাদি।
আয় নেই	\$	কোনো আয় না থাকার স্বাক্ষরিত বিবৃতি