



Maimonides

MEDICAL CENTER

4802 Tenth Avenue, Brooklyn, NY 11219

আর্থিক সহায়তার আবেদন

এই আবেদনের সঙ্গে পরিচয়ের প্রমাণ, আয়ের প্রমাণ এবং সম্পত্তির প্রমাণ দিতে হবে।
যে নথিগুলির জন্য অনুরোধ করা হয়েছে তার সবগুলির কপি পাঠান। **মূল নথিগুলি পাঠাবেন না** কারণ সেগুলি আর ফেরত দেওয়া হবে না।

অংশ I - ব্যক্তিগত তথ্য

- রোগীর নাম : _____
পদবী _____ নাম _____ মাঝের নাম _____
- সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর : _____ -- _____ -- _____
- আবেদনের তারিখ : _____ / _____ / _____
মাস দিন বছর
- প্রথম পরিষেবার তারিখ : _____ / _____ / _____
মাস দিন বছর
- যে তারিখে পরিষেবার অনুরোধ করা হয়েছিল : _____ / _____ / _____
মাস দিন বছর
- রোগীর রাস্তার ঠিকানা : _____
- শহর, স্টেট এবং জিপ কোড : _____
- টেলিফোন নম্বর : _____
- পরিবারের আকৃতি* (সংখ্যা) : _____
- যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব : হ্যাঁ না আবেদনের নিষ্পত্তি হয়নি
- পরিচয়ের প্রমাণ : নাগরিকত্ব নথি, পাসপোর্ট, জন্মের সার্টিফিকেট, গাড়ি চালকের লাইসেন্স _____
- বসবাসের প্রমাণ : (বিদ্যুৎ, জল ইত্যাদি নিত্যপ্রয়োজনীয় সামগ্রীর বিল, সাম্প্রতিক বাড়িভাড়ার রসিদ) _____

অংশ II - সম্পত্তির মানদণ্ড

হাসপাতালের সেবা সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা নির্ধারণের সময় একজন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির সম্পত্তির মধ্যে থাকবে তাঁর স্বামী/স্ত্রীর সম্পত্তি; অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশুর সম্পত্তির মধ্যে থাকবে তার পিতামাতা এবং/অথবা সেই আইনি অভিভাবকের সম্পত্তি যাঁর সঙ্গে শিশু বসবাস করে।

- ব্যক্তির সম্পত্তি : _____
- স্বামী/স্ত্রী, পিতামাতা অথবা আইনি অভিভাবকের সম্পত্তি (যদি প্রযোজ্য হয়) : _____
- সম্পত্তির অন্তর্ভুক্ত হল :
ক। নগদ অর্থ _____
খ। সঞ্চয় অ্যাকাউন্ট _____
গ। চেক অ্যাকাউন্ট _____
ঘ। নগদ জমার সার্টিফিকেট _____
ঙ। বাড়ি, জমি ইত্যাদির ইকুইটি (মূল বাসস্থান ভিন্ন) _____
চ। অন্যান্য সম্পত্তি (ট্রেজারি বিল, হস্তান্তরযোগ্য নথি, কোম্পানির স্বত্ব এবং বন্ড) _____
ছ। মোট _____

* পরিবারের অন্তর্ভুক্ত হলেন রোগী নিজে, রোগীর সঙ্গে বসবাসরত স্বামী/স্ত্রী, এবং রোগী অথবা রোগীর স্বামী/স্ত্রীর উপর নির্ভরশীল যে কেউ। একজন অন্তঃসত্ত্বা মহিলা থাকলে তাঁকে দু'জন সদস্যের সমান ধরা হবে। অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীদের ক্ষেত্রে পরিবারের অন্তর্ভুক্ত হবে শিশু নিজে, রোগীর সঙ্গে বসবাসরত পিতামাতা এবং সেই পিতামাতার উপর নির্ভরশীল ব্যক্তিগণ।

অংশ III - আয়ের মানদণ্ড

হাসপাতালের সেবা সহায়তার যোগ্যতা নির্ধারণের সময় প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির আয়ের অন্তর্ভুক্ত হবে তাঁর স্বামী অথবা স্ত্রীর আয়; অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশুর আয়ের অন্তর্ভুক্ত হবে তার পিতামাতা এবং/অথবা সেই আইনি অভিভাবকের আয় যাঁর সঙ্গে শিশু বসবাস করে।

এই আবেদনের সঙ্গে আয়ের প্রমাণ দিতে হবে

পরিষেবার তারিখের আগের শেষ চার সপ্তাহের হিসেব অনুসারে আয় নির্ধারিত হবে।

15. আয়ের সূত্র :

- ক। বেতন/বায়োজনের পরে বেতন
(শেষ চার সপ্তাহের বেতনের চেকের কাউন্টারফয়েল) _____
- খ। সরকারি সহায়তা _____
- গ। সোশ্যাল সিকিউরিটি বেনিফিট _____
- ঘ। বেকার ভাতা _____
- ঙ। বয়স্ক ব্যক্তির বেনিফিট _____
- চ। খোরপোশ/শিশু সহায়তা _____
- ছ। অন্যান্য আর্থিক সহায়তা _____
- জ। অবসরভাতা _____
- ঝ। বিমা অথবা বার্ষিক প্রাপ্য অর্থ _____
- ঞ। ডিভিডেন্ড/সুদ _____
- ট। ভাড়া থেকে প্রাপ্ত আয় _____
- ঠ। ব্যবসার নিট আয় (স্বনিযুক্ত/স্বাধীন সূত্র কর্তৃক প্রত্যয়িত) _____
- ড। অন্যান্য (ধর্মঘট বেনিফিট, প্রশিক্ষণ ভাতা, মিলিটারিদের পরিবারের জন্য বন্ডিত ভাতা, এস্টেট এবং ট্রাস্ট থেকে প্রাপ্ত আয়) _____
- ঢ। মোট _____

অংশ IV - আবেদনকারী কর্তৃক প্রত্যয়ন

আমি জেনেছি যে আমি যে তথ্য সরবরাহ করছি তার সত্যতা উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা যাচাই করবে। জ্ঞানত ভুল তথ্য সরবরাহ করলে আমাকে হাসপাতালের সব খরচ দিতে হবে।

যদি স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা অনুরোধ করে তাহলে হাসপাতালের বিল মেটানোর লক্ষ্যে আমি সরকারি অথবা বেসরকারি চিকিৎসা সহায়তার জন্য আবেদন করব।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার পরিবারের সদস্য সংখ্যা, আয় এবং সম্পত্তি বিষয়ে উপরে যে তথ্য দেওয়া হয়েছে তা সত্য এবং নির্ভুল।

আমি জানি যে আমার আয় অথবা সম্পত্তি সংক্রান্ত অবস্থার কোনো পরিবর্তন হলে হাসপাতালকে সে বিষয়ে জানানো আমার কর্তব্য।

16. রোগী অথবা আইনি প্রতিনিধির স্বাক্ষর : _____

17. তারিখ : _____ / _____ / _____
মাস দিন বছর

যোগ্যতা নির্ধারক প্রয়োজনীয় তথ্য এবং নথিসহ সম্পূর্ণ ভর্তি করা আবেদনটি জমা দেওয়ার পরে অনুগ্রহ করে কোনো বিল পেলে তা অগ্রাহ্য করবেন যতক্ষণ পর্যন্ত না মাইমোনাইডস্ আপনার আবেদনটি অনুমোদন অথবা খারিজ করার সিদ্ধান্ত নেয়।