

## আর্থিক সহায়তা নীতির সারাংশ

Yale New Haven Health বোঝে যে কিছু রোগীদের জন্য তাদের চিকিৎসা বিল পরিশোধ করা কঠিন হতে পারে। এই কারণেই সহায়তার জন্য আমাদের পরিকল্পিত বিভিন্ন আর্থিক সহায়তা প্রকল্প রয়েছে। রোগীদের একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করতে হবে এবং আর্থিক প্রয়োজন যাচাই করার জন্য অনুরোধকৃত ডকুমেন্ট প্রদান করতে হবে।

### বিনামূল্যে পরিচর্যা

**আপনি বিনামূল্যে পরিচর্যা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:**

- আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 2½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে; এবং
- আপনি একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করে থাকেন

### ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা

**আপনি ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:**

- আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 5½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে;
- আপনার বিমা নেই; এবং
- আপনি একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করে থাকেন

### স্নাইডিং স্কেল

**আপনি স্নাইডিং স্কেলের জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:**

- আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 5½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে;
- আপনি বিমাকৃত হন; এবং
- আপনি একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করে থাকেন

## প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী

**প্রকল্পগুলির জন্য যোগ্যতা অর্জনের জন্য সর্বাধিক আয়ের সীমাগুলি কী কী?**

প্রতিটি প্রকল্পের সর্বোচ্চ আয়ের সীমার বিস্তারিত জানার জন্য, দেখুন

[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)।

**আর্থিক সহায়তার জন্য অন্য কোনো যোগ্যতা আছে কি?**

যোগ্যতা অর্জনের জন্য আয়ের যোগ্যতা পূরণ করার পাশাপাশি আপনাকে অবশ্যই একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা বাসিন্দা হতে হবে।

**আর্থিক সহায়তার আওতায় কিসের সুবিধা পাওয়া যায়?**

আমাদের আর্থিক সহায়তা প্রকল্পগুলি শুধুমাত্র Yale New Haven Health বিলের জন্য জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যার সুবিধা প্রদান করে।

আওতাভুক্ত প্রদানকারীদের তালিকার একটি লিঙ্ক এখানে পাওয়া যাবে:

[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)।

**আমি কতদিনের জন্য যোগ্য হব?**

একবার বিনামূল্যের পরিচর্যা, ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা বা স্নাইডিং স্কেলের জন্য অনুমোদিত হলে, আপনি অনুমোদিত আবেদনের তারিখ থেকে 12 মাসের জন্য যোগ্য হবেন।

**আমার আবেদন অনুমোদিত হলে আমি কিভাবে জানব?**

আমরা লিখিতভাবে প্রতিটি আবেদনের জবাব দেব। যদি আপনার আবেদন খারিজ করা হয়, তাহলে আপনি যেকোনো সময় পুনরায় আবেদন করতে পারবেন। বিনামূল্যের অতিরিক্ত বেড ফান্ড প্রতি বছর পাওয়া যায়।

**আমার আরও প্রশ্ন থাকলে আমি কার সাথে যোগাযোগ করতে পারি?**

আরও জানতে, আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতি এবং আবেদনের একটি বিনামূল্যের কপি পান, অথবা একটি আবেদন সম্পূর্ণ করতে সাহায্যের জন্য, রোগীর আর্থিক এবং ভর্তি পরিষেবার সাথে **855-547-4584** নম্বরে যোগাযোগ করুন।

## প্রকল্পের অতিরিক্ত বিবরণ

### সীমিত বেড ফান্ড

যারা ফান্ডের মানদণ্ড পূরণ করে তাদের বিনামূল্যের বা ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা প্রদান করতে সীমিত বেড ফান্ড দান করা হয়েছে। আপনার বিল কমাতে বা বাদ দেওয়ার জন্য আপনি এই তহবিল পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন যদি আপনার একজন তহবিলের মনোনীতকারী দ্বারা নির্ধারণ অনুযায়ী স্পষ্ট আর্থিক চাহিদা থাকে এবং আপনি তহবিল পাওয়ার জন্য সমস্ত যোগ্যতার মানদণ্ড পূরণ করে থাকেন (প্রতিটি তহবিলের অনন্য মানদণ্ড রয়েছে)। সীমিত বেড ফান্ড পাওয়ার জন্য কোনো নির্দিষ্ট আয়ের সীমা নেই। আর্থিক অসুবিধার উপর ভিত্তি করে তহবিল মনোনীতকারীদের দ্বারা প্রতিটি পরিস্থিতির মূল্যায়নের ভিত্তিতে যোগ্যতা নির্ধারণ করা হয়। যে সমস্ত রোগীরা YNHHS আর্থিক সহায়তার আবেদন (YNHHS financial assistance application) পূরণ করেন তাদের স্বয়ংক্রিয়ভাবে সীমিত বেড ফান্ডের জন্য বিবেচনা করা হবে।

### Greenwich Hospital-এর বর্ধিবিভাগের ক্লিনিক

Greenwich Hospital-এর বর্ধিবিভাগের ক্লিনিক সেই ব্যক্তিদের বিনামূল্যে বা ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা প্রদান করে যারা ক্লিনিক মেম্বারশিপের জন্য আবেদন করে অনুমোদন পেয়েছে। আপনার যদি বিমা না থাকে, এবং স্টেট সহায়তার (Medicaid) জন্য যোগ্য না হন, তাহলে আপনি যোগ্য হতে পারেন যদি:

1. আপনি গ্রিনউইচের বাসিন্দা হন
2. আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 4 গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে।

অধিক তথ্যের জন্য বা Greenwich Hospital-এর আউটপেশেন্ট ক্লিনিকের আবেদনপত্রের জন্য, অনুগ্রহ করে 203-863-3334 নম্বরে ফোন করুন।

### প্রকল্প সম্পর্কে একটি নোট

আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীদের থেকে জরুরি বা অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যার জন্য বিমা থাকা রোগীদের সাধারণভাবে বিল করা পরিমাণের চেয়ে বেশি চার্জ করা হবে না। আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতির, আর্থিক সহায়তা নীতির সারাংশ এবং আবেদনগুলির অনুবাদ সীমিত ইংরেজি দক্ষতার থাকা নির্দিষ্ট গ্রুপের জন্য পাওয়া যায়।

## আমি কিভাবে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করব?

আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করা সহজ করতে, Yale New Haven Health বেশিরভাগ আর্থিক সহায়তা প্রকল্পের জন্য একটিই আবেদন পত্র ব্যবহার করে। আবেদন করতে, নিচের ধাপগুলি সম্পূর্ণ করুন।

### ধাপ 1: আবেদনটি সম্পূর্ণ করুন।

অনুগ্রহ করে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন এবং আবেদনপত্রে তারিখ দিয়ে স্বাক্ষর করুন। যদি কোনও প্রশ্ন আপনার পরিবারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য না হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে প্রদত্ত স্থানে "N/A (প্রযোজ্য নয়)" বলে চিহ্নিত করুন।

**ধাপ 2: আপনার আবেদন আয়ের প্রমাণ** সংযুক্ত করুন। আয়ের প্রমাণ হল একটি নথি যেখানে আপনি আবেদনটি পূরণ করার সময় আপনার পরিবার কত আয় করে তা বলা থাকে। কোন ধরনের নথি ব্যবহার করা যেতে পারে তার জন্য ডানদিকের টেবিলটি দেখুন।

### ধাপ 3: আবেদন পত্রটি ডাকযোগে পাঠান বা সশরীরে আমাদের কার্যালয়ে আসুন।

অনুগ্রহ করে অন্তর্ভুক্ত করুন:

1. সম্পূর্ণ করা ও তারিখ দিয়ে স্বাক্ষর করা আবেদন পত্র
2. আয়ের প্রমাণ

#### ডাকযোগে:

Yale New Haven Health  
SBO, Attn: Financial Assistance  
PO BOX 1403  
New Haven, CT 06505



ফ্যাক্সের মাধ্যমে: 203-688-1640



সশরীরে:

আমাদের যেকোনো নিচের স্থানে আসুন:

**Bridgeport Hospital**  
267 Grant Street, Bridgeport, CT

**Bridgeport Hospital – Milford Campus**  
300 Seaside Ave, Milford, CT

**Greenwich Hospital**  
5 Perryridge Road, Greenwich, CT

**Lawrence + Memorial Hospital**  
365 Montauk Avenue, New London, CT

**Westerly Hospital**  
25 Wells Street, Westerly, RI

**Yale New Haven Hospital**  
20 York Street, New Haven, CT

**Yale New Haven Hospital –  
St. Raphael Campus**  
20 York Street, New Haven, CT

আরও জানতে, অথবা একটি আবেদন পত্র পূরণের  
সহায়তার জন্য আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতির  
একটি বিনামূল্যের কপি পান



ফোন:

855-547-4584  
সোম থেকে শুক্রবার,  
সকাল 7:30 থেকে বিকাল 5:00

অনলাইন:

[www.ynhhs.org/financialassistance](http://www.ynhhs.org/financialassistance)

## আয়ের প্রমাণ হিসাবে নিম্নলিখিত ডকুমেন্ট ব্যবহার করা যেতে পারে:

যদি আপনার পরিবারের আয় এর থেকে...হয়	আপনি আয়ের প্রমাণ হিসাবে এই ডকুমেন্টের কপি সংযুক্ত করতে পারেন: (আপনার সাম্প্রতিক ফেডারেল ট্যাক্স রিটার্ন ব্যতীত এই ডকুমেন্টগুলি অবশ্যই ছয় মাসের বেশি পুরানো হওয়া চলবে না।)
পারিশ্রমিক (যদি আপনি বেতন পান বা কাজের জন্য ঘন্টার ভিত্তিতে বেতন পান)	– দুটি (2) সাম্প্রতিকতম পে-স্টাব, <b>অথবা</b> – কোম্পানির লেটারহেডে আপনার নিয়োগকর্তার একটি চিঠি, যেখানে আপনি কত ঘন্টা কাজ করেন এবং প্রতি ঘন্টায় আপনি কত উপার্জন করেন (কর দেওয়ার আগে) তা বলা থাকবে
স্ব-নিযুক্ত আয় (যদি আপনি নিজের জন্য কাজ করেন)	– সাম্প্রতিকতম ফেডারেল ইনকাম ট্যাক্স রিটার্ন
বেনিফিট (সোশ্যাল সিকিউরিটি, ভেটেরান্স, শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ, বেকার ভাতা, পেনশন, অবসরের তহবিল, SSI, ভরণপোষণ)	– সর্বশেষ বেনিফিট পাওয়ার চিঠি, <b>অথবা</b> – বেনিফিট স্টেটমেন্ট, <b>অথবা</b> – চেক স্টাব
ভাড়া থেকে আয়	– ভাড়ার পরিমাণ দেখানো লিজ বা লিখিত চুক্তির কপি, <b>অথবা</b> – আপনি প্রতি বছর কত ভাড়া পাবেন তা উল্লেখ করে আপনার দ্বারা লেখা একটি চিঠি
সুদ, লভ্যাংশ, বা বার্ষিক পেমেন্ট	– সাম্প্রতিকতম ফেডারেল ইনকাম ট্যাক্স রিটার্ন, <b>অথবা</b> – যা পেমেন্টের পরিমাণ ও পেমেন্টের হার এবং এই বছর যে পরিমাণ পেমেন্ট করা হয়েছে তা উল্লেখ থাকা আর্থিক প্রতিষ্ঠান থেকে বিবৃতি
আপনার কোনো আয় না থাকলে	– আপনার সাহায্যকারী ব্যক্তির কাছ থেকে একটি চিঠি, <b>অথবা</b> – আপনার যদি এমন কোনো ব্যক্তি না থাকে যিনি আপনাকে সাহায্য করেন, তাহলে আপনার বর্তমান আর্থিক পরিস্থিতি ব্যাখ্যা করে তারিখ দিয়ে স্বাক্ষর করে একটি চিঠি পাঠান

## আর্থিক সহায়তা প্রকল্পের (Financial Assistance Programs) জন্য আবেদন



Yale New Haven Health বেশিরভাগ আর্থিক সহায়তা প্রকল্পের জন্য একটিই আবেদন পত্র ব্যবহার করে। এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার মাধ্যমে, আপনাকে আমাদের বিনামূল্যের পরিচর্যা, ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা, প্লাইডিং স্ক্রল এবং বেড ফান্ড প্রকল্পের জন্য বিবেচনা করা হবে। আর্থিক সহায়তার জন্য কিভাবে আবেদন করতে হবে তার নির্দেশাবলীর জন্য, অনুগ্রহ করে পৃষ্ঠা 2 দেখুন। এই আবেদন সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, 855-547-4584 এ আমাদের কল করুন।

### 1. রোগীর তথ্য:

পদবি	নাম		
রাস্তার ঠিকানা	জন্ম তারিখ		
সিটি	স্টেট	জিপ কোড	টেলিফোন নম্বর
মেডিক্যাল রেকর্ড নম্বর (পাওয়া গেলে)			

### 2. পারিবারিক তথ্য: আপনার স্বামী/স্ত্রী এবং/অথবা আপনার পরিবারের বসবাসকারী কোনো নির্ভরশীল শিশুদের তালিকা করুন। অ-বিবাহিত পার্টনারদের অন্তর্ভুক্ত করবেন না। যদি আরও স্থান প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে একটি পৃথক ডকুমেন্ট সংযুক্ত করুন।

পরিবারের সদস্যের নাম	আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ

### 3. আয়ের তথ্য:

আপনার এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর আয়ের সমস্ত উৎসের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। আপনার এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর আয়ের উৎসের তথ্য প্রদান করা আবশ্যিক। এগুলি আয়ের উৎস হলেও তা কেবল এতেই সীমাবদ্ধ নয়: মজুরি/বেতন, ভাতা, সোশ্যাল সিকিউরিটি, বেকার ভাতা, ভাড়া থেকে আয়, শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ এবং শিশু সহায়তা। আপনার কোনও আয় না থাকলে, আপনার আবেদনে সমর্থনের একটি চিঠি সংযুক্ত করুন। (2 নং পৃষ্ঠায় নির্দেশনা দেখুন)

পরিবারের সদস্যের নাম	আয়ের উৎস	কর দেওয়ার আগে অর্জিত আয়	বেকার/কোনো আয় নেই
		\$ _____ <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক	<input type="checkbox"/>
		\$ _____ <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক	<input type="checkbox"/>

#### 4. স্বাস্থ্য বিমা:

আপনি কি Medicare বা Medicaid সহ কোন স্বাস্থ্য বিমা পলিসির আওতায় আছেন, বা অন্য দেশের থেকে কোনও কভারেজের আওতায় আছেন?  হ্যাঁ  না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে এই আবেদনের সাথে আপনার বিমা কার্ডের সামনে এবং পিছনের একটি কপি সংযুক্ত করুন বা নিম্নলিখিতগুলি লিখুন:

পলিসি ধারক:	বিমা প্রদানকারী সংস্থা:	পলিসি নম্বর:
পলিসি ধারক:	বিমা প্রদানকারী সংস্থা:	পলিসি নম্বর:

#### স্বাক্ষর করার আগে অনুগ্রহ করে ভালো করে পড়ুন:

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমি এই আবেদনে যা বলেছি সেটি এবং প্রদত্ত সংযুক্তিটি সত্য।

- আমি বুঝেছি যে এই ফর্মে কোনো ভুল, অসম্পূর্ণ বা মিথ্যা তথ্য প্রদানের ফলে আর্থিক সহায়তার জন্য আমার আবেদন খারিজ করা হতে পারে।
- আমি Yale New Haven Health-কে যে কোনও এবং সমস্ত তথ্য যাচাই করার অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি Yale New Haven Health-কে আমার ক্রেডিট রিপোর্টের অনুরোধ করার অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি যদি এই আবেদনের আওতায় থাকা পরিষেবাগুলির জন্য একটি মামলা থেকে অ্যাওয়ার্ড সহ যেকোন ধরনের পেমেন্ট পাই তাহলে আমি আমার আর্থিক সহায়তা পুরস্কারের সম্পূর্ণ অর্থ পরিশোধ করতে সম্মত হচ্ছি।
- আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতা পরিবর্তন করতে পারে এমন যেকোনো পরিবর্তনের বিষয়ে আমি Yale New Haven Health-কে জানাতে সম্মত হচ্ছি।
- আমি বুঝেছি যে আর্থিক সহায়তার জন্য আমার আবেদনের ক্ষেত্রে, Yale New Haven Health-কে আমার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য আমার সম্পর্কে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (যেমনটি HIPAA গোপনীয়তা নিয়ম, 42 CFR পার্টস 160 থেকে 164-এ সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে) প্রকাশ করতে হতে পারে।
- আমি বুঝেছি যে এই ধরনের কোনও প্রকাশ পেমেন্টের উদ্দেশ্যে হবে, যেমন HIPAA গোপনীয়তা নিয়মে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে।

আবেদনকারী ব্যক্তি বা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

আবেদনকারী ব্যক্তি বা আইনি অভিভাবকের স্পষ্ট করে লেখা নাম

**আপনার আর্থিক সহায়তার আবেদনের সাথে আয়ের প্রমাণ বা সমর্থনের একটি চিঠি অন্তর্ভুক্ত করতে ভুলবেন না।**

**আবেদন সম্পূর্ণ করে এখানে ডাকে পাঠান:**

**Yale New Haven Health**  
SBO, Attn: Financial Assistance  
PO BOX 1403,  
New Haven, CT 06505