

আর্থিক সহায়তা নীতির সরল ভাষায় সারসংক্ষেপ

Yale New Haven Health (YNHHS) যেসব রোগীদের বীমানেই এবং কম বীমা কভারেজ রয়েছে তাদের আপৎ কালীন এবং/অথবা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় যত্নের জন্য আর্থিক সহায়তা প্রদান করে, যারা নিম্নলিখিত মানদণ্ড পূরণ করে থাকে:

আপনি যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন এবং (a) আপনার বীমা না থাকে এবং আপনি কোনো সরকারি স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা প্রোগ্রাম বা সশ্রমী মূল্যের পরিচর্যা আইনের অধীনে লভ্য কোনো উপযুক্ত স্বাস্থ্য পরিকল্পনার জন্য যোগ্য না হন, অথবা (b) আপনার বীমা কভারেজ কম থাকে:

বিনামূল্যে পরিচর্যা

আপনি আপনার বকেয়া পরিমাণের উপর সম্পূর্ণ (100%) ছাড় পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন যদি:

- আপনার পরিবারের আয় ফেডারাল দারিদ্র্য সীমার 250% এর চেয়ে কম বা সমান হয়।

ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা

আপনি আপনার বকেয়া পরিমাণের ওপর আংশিক ছাড়ের জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:

- আপনার পরিবারের আয় ফেডারাল দারিদ্র্য সীমার 550% এর চেয়ে কম বা সমান হয়।

চিকিৎসাগতভাবে অসহায়

সেই সমস্ত পরিস্থিতিতে আর্থিক সহায়তা হিসাবে বিবেচনা করা যেতে পারে যেখানে রোগী উপরোক্ত আয়ের মানদণ্ড পূরণ করেন না, যাদের চিকিৎসা বিল পারিবারিক আয় বা সম্পদের একটি নির্দিষ্ট শতাংশের বেশি

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী

প্রোগ্রামগুলির জন্য যোগ্যতা অর্জনের জন্য সর্বাধিক আয়ের সীমাগুলি কী?

প্রতিটি প্রোগ্রামের সর্বোচ্চ আয়ের সীমার বিস্তারিত জানার জন্য, দেখুন www.ynhhs.org/financialassistance ওয়েবসাইটটি।

আর্থিক সহায়তার জন্য অন্য কোনো যোগ্যতা আছে কী?

যোগ্য হতে আপনাকে আর্থিক সহায়তার আবেদন পূরণ এবং Medicaid বা অন্য কোনো লভ্য তৃতীয় পক্ষের পেমেন্ট প্রোগ্রামের জন্য আবেদন করতে সহযোগিতা করতে হবে।

আর্থিক সহায়তার আওতায় কিসের সুবিধা পাওয়া যায়?

আমাদের আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম (financial assistance programs) এর -+ আওতায় শুধুমাত্র Yale New Haven Health বিলের জন্য আপৎ কালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যার সুবিধা প্রদান করে। আওতাভুক্ত প্রদানকারীদের তালিকার একটি লিঙ্ক এখানে পাওয়া যাবে: www.ynhhs.org/financialassistance।

আমার আবেদন অনুমোদিত হলে আমি কীভাবে জানব?

আমরা লিখিতভাবে প্রতিটি আবেদনের উত্তর দেব। যদি আপনার আবেদন খারিজ করা হয়, তাহলে আপনি যে কোনো সময় পুনরায় আবেদন করতে পারবেন। প্রতি বছর অতিরিক্ত হাসপাতালের শয্যা তহবিল পাওয়া যায়।

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

কীভাবে আবেদন করবেন এবং কপি কোথায় পাবেন

আবেদন করতে ও আবেদনটি সংগ্রহ করতে, প্রয়োজনীয় তথ্য পূরণ করুন এবং নীচে অবস্থিত আমাদের আর্থিক সহায়তা অফিসগুলির একটিতে আবেদনটি পাঠিয়ে দিন।

আপনি আবেদনটি, আর্থিক সহায়তা নীতি এবং এই সরল ভাষা সারসংক্ষেপের একটি কপি বিনামূল্যে

www.ynhhs.org/financialassistance ওয়েবসাইটে অথবা YNHHS হাসপাতালের যে কোনো ওয়েবসাইটে, 855-547-4584 নম্বরে রোগীর আর্থিক ও ভর্তি পরিষেবায় ফোন করে ডাকযোগে, অথবা আমাদের সমস্ত হাসপাতালের বাড়ির জরুরি বিভাগ (Emergency Departments) সহ, নিবন্ধন এলাকায় ব্যক্তিগতভাবে পেতে পারেন।

অনুবাদ পরিষেবার সুবিধা

সীমিত ইংরেজি দক্ষতা সম্পন্ন কয়েকটি কমিউনিটির জন্য, আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতির অনুবাদ, আর্থিক সহায়তা আবেদন এবং আর্থিক সহায়তা নীতির এই সরল ভাষায় সারসংক্ষেপ www.ynhhs.org/financialassistance ওয়েবসাইটে এবং নীচে তালিকাভুক্ত হাসপাতালের স্থানগুলিতে পাওয়া যাবে।

আমার আরও প্রশ্ন থাকলে আমি কার সাথে যোগাযোগ করতে পারি?

আবেদনপত্র পূরণে আরও তথ্য বা সহায়তার জন্য, **855-547-4584** নম্বরে রোগীর আর্থিক এবং ভর্তি পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।

প্রোগ্রামের অতিরিক্ত বিবরণ

হাসপাতালের শয্যা তহবিল

হাসপাতালের চিকিৎসার খরচ বহন করতে অক্ষম রোগীদের চিকিৎসা সেবা প্রদান করতে একজন রোগী Yale New Haven Health hospital-এ দান করা শয্যা তহবিল থেকে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন। এই তহবিলগুলি আর্থিক সহায়তার সামগ্রিক তহবিলের একটি ছোট অংশ, যার যোগ্যতা দাতা-সীমাবদ্ধতার দ্বারা নির্ধারিত হয়, এবং, প্রযোজ্য হলে, তহবিল মনোনয়নকারীদের দ্বারা করা মনোনয়ন করা হবে। সমস্ত রোগী যারা আর্থিক সহায়তার আবেদন পূরণ করবেন তারা স্বয়ংক্রিয়ভাবে হাসপাতালের শয্যা তহবিলের জন্য বিবেচিত হবেন।

খরচের উপরে সীমা

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।

আমি কীভাবে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করব?

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

ধাপ 1: আবেদনটি পূরণ করুন।

অনুগ্রহ করে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন এবং আবেদনে তারিখ দিয়ে স্বাক্ষর করুন। যদি কোনো 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 স্বশরীরে

আমাদের অফিসে আসুন। অনুগ্রহ করে অন্তর্ভুক্ত করুন:

1. পূরণ করা ও তারিখ দিয়ে স্বাক্ষর করা আবেদন
2. আয়ের প্রমাণ

✉ ডাকযোগে:

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



ফ্যাক্সের মাধ্যমে: 203-688-1640



স্বশরীরে:

আমাদের যেকোনো নিচের স্থানগুলিতে 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 আবেদনপূরণের সহায়তার জন্য, আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতির একটি বিনামূল্যের কপি পান



ফোনের দ্বারা:

855-547-4584

সোমবার-শুক্রবার সকাল

7:30 টা - বিকাল 5 টা



অনলাইন:

www.ynhhs.org/financialassistance

আয়ের প্রমাণ হিসাবে নিম্নলিখিত নথিগুলি ব্যবহার করা যেতে পারে:

যদি আপনার পরিবারের আয় এর থেকে... হয়	আপনি আয়ের প্রমাণ হিসাবে এই নথির কপি সংযুক্ত করতে পারেন: (আপনার সাম্প্রতিক ফেডারেল ট্যাক্স রিটার্ন ব্যতীত এই নথিগুলি অবশ্যই ছয় মাসের বেশি পুরানো হওয়া চলবে না।)
পারিশ্রমিক (যদি আপনি বেতন পান বা ঘন্টা ভিত্তিতে কাজ করেন।)	<ul style="list-style-type: none"> □ দুটি (2) সাম্প্রতিকতম পে-স্টাব, অথবা □ আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে কোম্পানির লেটারহেডে একটি চিঠি দিন যে আপনি আপনি কত ঘন্টা কাজ করেন এবং প্রতি ঘন্টায় কত আয় করেন (ট্যাক্সের আগে)
স্ব-নিযুক্ত আয় (যদি আপনি নিজের জন্য কাজ করেন)	<ul style="list-style-type: none"> □ সাম্প্রতিকতম ফেডারেল ইনকাম ট্যাক্স রিটার্ন
সুবিধা (সোশাল সিকিউরিটি, ভেটেরানস, ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন, বেকারত্ব, পেনশন, অবসর ফান্ড, সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI), খোরপোষ)	<ul style="list-style-type: none"> □ সর্বশেষ সুবিধা পাওয়ার চিঠি, অথবা □ সুবিধার বিবৃতি, অথবা □ চেক স্টাব
ভাড়া থেকে আয়	<ul style="list-style-type: none"> □ লিজের কপি অথবা লিখিত ভাড়ার পরিমাণ দেখানো চুক্তি, অথবা □ আপনার লেখা একটি চিঠি, যেখানে আপনি প্রতি বছর কত ভাড়া পান তা উল্লেখ থাকবে।
সুদ, লভ্যাংশ, অথবা বার্ষিক বৃত্তি পেমেন্ট	<ul style="list-style-type: none"> □ সাম্প্রতিকতম ফেডারেল ইনকাম ট্যাক্স রিটার্ন রিটার্ন, অথবা □ আর্থিক প্রতিষ্ঠান থেকে লিখিত পরিমাণের বিবৃতি এবং এই বছর এখন পর্যন্ত পরিশোধের হার এবং প্রদত্ত পরিমাণ
যদি আপনার কাছে আয় না থাকে	<ul style="list-style-type: none"> □ আপনার সাহায্যকারী ব্যক্তির কাছ থেকে একটি চিঠি, অথবা □ যদি আপনার এমন কেউ না থাকে যে আপনাকে সাপোর্ট করে, তাহলে আপনার বর্তমান আর্থিক পরিস্থিতি উল্লেখ করে একটি স্বাক্ষরিত এবং তারিখ দেওয়া চিঠি

আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রামগুলির (Financial Assistance Programs) জন্য আবেদন



Yale New Haven Health বেশিরভাগ আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রামগুলির জন্য একটিই আবেদন ব্যবহার করে। এই আবেদনটি পূরণ করার মাধ্যমে, আপনি আমাদের বিনামূল্যের পরিচর্যা এবং ছাড় দেওয়া পরিচর্যা প্রোগ্রাম (Discounted Care programs) এবং হাসপাতালের শয্যা তহবিলের জন্য বিবেচিত হবেন। আর্থিক সহায়তার জন্য কীভাবে আবেদন করতে হবে তার নির্দেশাবলীর জন্য, অনুগ্রহ করে পৃষ্ঠা 2 দেখুন। এই আবেদন সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, 855-547-4584 এ আমাদের ফোন করুন।

1. রোগীর তথ্য:

পদবি	নাম	জন্ম তারিখ
রাস্তার ঠিকানা		টেলিফোন নম্বর
শহর	স্টেট	জিপি কোড
		মেডিক্যাল রেকর্ড নম্বর (লাভ্য হলে)

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

পরিবারের সদস্যের নাম	আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ

3. আর্থিক তথ্য: আপনার এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর আয়ের সমস্ত উৎসের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে আপনার আবেদনের সাথে আয়ের প্রমাণ সংযুক্ত করতে ভুলবেন না। আয়ের প্রমাণ হল একটি নথি যেখানে আপনি আবেদনটি পূরণ করার সময় আপনার পরিবার কত আয় করে তা বলা থাকে। আয়ের প্রমাণ হিসেবে কোন ধরণের নথি ব্যবহার করা যেতে পারে তার জন্য পৃষ্ঠা 2-এর টেবিলটি দেখুন।

আয়	রোগী: পরিমাণ লিখুন গোল দাগ দিন: সাপ্তাহিক, দ্বিসাপ্তাহিক, মাসিক	স্বামী/স্ত্রী পরিমাণ লিখুন গোল দাগ দিন: সাপ্তাহিক, দ্বিসাপ্তাহিক, মাসিক
মোট মজুরি/আয় (ট্যাক্সের আগে)		
অন্য ব্যক্তির দ্বারা সহায়তা প্রাপ্ত		
চাইল্ড সাপোর্ট/খোরপোষ পান		
প্রতিবন্ধী ভাত		
পেনশন ভাত		
ভাড়া থেকে প্রাপ্ত আয়		
স্ব-কর্মসংস্থান বা খামার থেকে আয়		
সামাজিক নিরাপত্তা/SSI সুবিধা		
ট্রাস্ট তহবিল/ উত্তরাধিকার		
বেকারত্ব ভাত		
ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন		
মোট আয়		
অন্যান্য		
সহজে নগদ অর্থে পরিবর্তনযোগ্য সম্পদ (এমন সম্পদ যাদের মূল্য না হারিয়ে অল্প সময়ের মধ্যেই নগদে রূপান্তর করা যায়)। উদাহরণস্বরূপ, নগদ, সোনা বা আর্থিক সম্পদ)		

4. স্বাস্থ্য বিমা:

আপনি কী Medicare বা Medicaid সহ কোনো স্বাস্থ্য বীমা পলিসির আওতায় আছেন, নাকি অন্য কোনো দেশের বীমা কভারেজে আছেন?

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে আপনার বীমার তথ্য লিখুন:

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

4a. আপনার চিকিৎসা খরচ মেটাতে কী আপনার নিয়োগকর্তা স্বাস্থ্য সঞ্চয় অ্যাকাউন্ট (Health Savings Account, HSA) তহবিল স্পনসর করেন?

হ্যাঁ না

5. স্বাক্ষর করার আগে অনুগ্রহ করে ভালো করে পড়ে নিনু:

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 কোনো 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 স্বাস্থ্য বীমা বহনযোগ্য এবং জবাবদিহি আইন (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) গোপনীয়তা নিয়ম, 42 ফেডারেল নিয়মাবলীর বিধিবদ্ধ আইনসমূহ (Code of Federal Regulations, CFR) পার্টস 160 থেকে 164-এ সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে) প্রকাশ করতে হতে পারে।
- আমি বুঝেছি যে এই ধরনের কোনো প্রকাশ পেমেন্টের উদ্দেশ্যে হবে, যেমন HIPAA গোপনীয়তা নিয়মে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে।

আবেদনকারী ব্যক্তি বা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ (MM/DD/YYYY)

আবেদনকারী ব্যক্তি বা আইনি অভিভাবকের মুদ্রিত লেখা নাম

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

আবেদন পূরণ করে ডাকে পাঠান এই ঠিকানায়:

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