

খসড়া

আবেদনকারীর/রোগীর নাম (নাম, মাঝের নাম, পদবি)

Albany Med হেলথ সিস্টেম বোঝে যে চিকিৎসা পরিচর্যা গ্রহণের মধ্যে কখনও কখনও অপ্রত্যাশিত খরচ অন্তর্ভুক্ত থাকে এবং সেগুলি জানার জন্য আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হতে পারে। আমাদের একটি আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম এবং সংস্থান রয়েছে যা আপনাকে সাহায্য করতে পারে।

এই সহায়তা চাওয়ার প্রথম ধাপ হল এই আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করা এবং নিচে তালিকাভুক্ত প্রয়োজ্য নথিগুলি প্রদান করা। সমস্ত তথ্য গোপন থাকবে এবং আমাদের প্রক্রিয়াগুলিকে গাইড করতে সাহায্য করবে। নিচের সেই নথিগুলি দেখুন যা আপনি অন্তর্ভুক্ত করেছেন।

| |
|--|
| আপনার সম্পূর্ণ করা আর্থিক সহায়তার আবেদন |
| আপনার কর রিটার্ন দাখিল করার প্রয়োজন না থেকে থাকলে তা সূচিত করুন |
| পরিবারের সদস্যদের জন্য আতি সাম্প্রতিক বছরের ফেডারেল আয়কর রিটার্নের(গুলির) সম্পূর্ণ কপি |
| বর্তমানে কর্মরত হলে রোগী, গ্যারান্টার (যদি রোগীর থেকে আলাদা হয়) এবং স্বামী/স্ত্রী/ গার্হস্থ্য সঙ্গীর জন্য পরপর শেষ ৪টি পে স্টাবের কপি |
| পরপর শেষ দুটি ব্যাল্ক সেটমেন্ট (চেকিং/সেভিং), বিনিয়োগ বিবৃতি এবং অন্যান্য সম্পদ |
| স্ব-নিযুক্ত হলে, আপনার ফেডারেল ট্যাক্স ফর্মের সিডিউল সি-এর কপিসমূহ |
| যদি অবসর গ্রহণ করেন এবং সোশ্যাল সিকিউরিটি পান, তাহলে আপনার SSA 1099 ফর্মের |
| সোশ্যাল সিকিউরিটি অক্ষমতার বিবৃতি |
| কর্মীদের ক্ষতিপূরণ সংক্রান্ত বিবৃতি |
| বেকার ভাতার বিবৃতি |
| ভেটারেন্স সুবিধাসমূহ |
| পেনশন বিবৃতি |
| সরকারি সহায়তা |

Medicaid নির্ধারণ পত্র

আর্থিক সহায়তার আবেদন

আবেদনকারীর/রোগীর নাম (নাম, মাতার নাম, পদবি)

রোগী (প্রযোজ্য সম্পূর্ণ তথ্য)

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------|
| নাম (নাম, মাতার নাম, পদবি): | জন্মতারিখ (মামা/দিদি/বববব): | সোশ্যাল নম্বর: | সিকিউরিটি |
| ঠিকানা: | শহর: | স্টেট: | জিপ কোড: |
| যোগাযোগের ফোন: | বৈবাহিক স্থিতি: | | |

দায়িত্বশীল পক্ষ (যদি দায়িত্বশীল পক্ষ রোগী না হয় তবে এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন)

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------|
| নাম (নাম, মাতার নাম, পদবি): | জন্মতারিখ (মামা/দিদি/বববব): | সোশ্যাল নম্বর: | সিকিউরিটি |
| ঠিকানা: | শহর: | স্টেট: | জিপ কোড: |
| যোগাযোগের ফোন: | বৈবাহিক স্থিতি: | | |

স্বামী বা স্ত্রী/গার্হস্থ্য সঙ্গী এবং নির্ভরশীল (পরিবারের সকল সদস্যদের তালিকাভুক্ত করুন)

| সম্পূর্ণ নাম | সম্পর্ক | জন্মের তারিখ | আয় |
|--------------|---------|--------------|-----|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

আমি বুঝেছি যে, আমি যে তথ্য জমা দিয়েছি তা Albany Med হেলথ সিস্টেম দ্বারা যাচাই করা হবে। আমি প্রত্যয়িত করছি যে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞাতসারে সত্য এবং সঠিক। আমার স্বাক্ষর সূচিত করছে যে, আমি অবগত যে ক্রেডিট ব্যুরো অনুসন্ধান এবং কর্মসংস্থান যাচাইকরণ সহ অন্যান্য পদ্ধতিতে যাচাইকরণ করা হবে।

| | |
|--|--------|
| রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষের বড় হাতের অক্ষরে লেখা নাম: | তারিখ: |
| রোগী/দায়িত্বশীল পক্ষের স্বাক্ষর: | |

কেবলমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য:

% অনুমোদিত:

অনুমোদিত সময়সীমা:

আর্থিক সহায়তার আবেদন

অনুগ্রহ করে নিচে তালিকাভুক্ত অবস্থান যেখানে রোগী পরিচর্যা পেয়েছেন সেটি দেখে নিন এবং আবেদনটি ডানদিকে নির্দেশিত ঠিকানায় পাঠিয়ে দিন। যদি আপনার পরিষেবাগুলি একাধিক পরিচর্যা প্রদানকারীর দ্বারা প্রদান করা হয়, তাহলে আপনাকে শুধুমাত্র সেই হাসপাতালগুলির মধ্যে একটিতে আবেদন জমা দিতে হবে যেখান থেকে পরিচর্যা প্রদান করা হয়েছিল।

| | |
|--|---|
| Albany Medical Center Hospital | Albany Medical Center Patient Financial Services উদ্দেশিত: Financial Aid Specialist |
| Albany Medical College (EmUrgent Care Facilities সহ) | 1275 Broadway Albany, NY 12204 |
| The Columbia Memorial Hospital | Columbia Memorial Health Patient Financial Services |
| Columbia Memorial Regional Medical, PLLC | PO Box 2000 Hudson, NY 12534 |
| Glens Falls Hospital | Glens Falls Hospital Patient Financial Services উদ্দেশিত: Financial Assistance |
| Glens Falls Medical, PLLC | 100 Park Street Glens Falls, NY 12801 |
| Healthcare Partners of Saratoga, Ltd (Malta Med Emergent Care) | Saratoga Hospital Patient Financial Services |
| The Saratoga Hospital | PO Box 5178 |
| Saratoga Regional Medical, P.C. | Saratoga Springs, NY 12866 |

..