

নিউ জার্সি হাসপাতাল সেবা সহায়তা কর্মসূচি

অংশগ্রহণের আবেদন

এই আবেদনের সাথে অবশ্যই শনাক্তকরণের প্রমাণ, আয়ের প্রমাণ, সম্পদের প্রমাণ জমা দিতে হবে। অনুরোধকৃত সবনথির অনুলিপি পাঠান। মূল নথি পাঠাবেন না কারণ জমাকৃত নথি ফেরত দেয়া হয় না।

সেকশন I - ব্যক্তিগত তথ্য

1. রোগীর নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর	
(নামের শেষ অংশ)	(নামের প্রথম অংশ) (মাতার অংশ)	
3. আবেদনের তারিখ	4. সেবাগ্রহণের প্রাথমিক তারিখ	5. সেবাগ্রহণের অনুরোধের তারিখ
6. সড়কের ঠিকানা	7. টেলিফোন নম্বর	
8. শহর, স্টেট, জিপ কোড	9. পরিবারের আকার	
10. যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকত্ব	11. নিউ জার্সিতে 3-মাস বসবাসের প্রমাণ	

12. জামিদারের নাম (রোগী-ভিন্ন অন্য কেউ হলে)

সেকশন II - সম্পদের মাপকাঠি

13. ব্যক্তিগত সম্পদ:

14. পরিবারের সম্পদ:

15. সম্পদের মধ্যে রয়েছে:

A. নগদ

B. সঞ্চয়ী অ্যাকাউন্ট

C. চেকিং অ্যাকাউন্ট

D. জমার সনদ/I.R.A.

E. রিয়েল এস্টেট ইকুইটি (প্রাথমিক বাসস্থান ব্যতিরেকে)

F. অন্যান্য সম্পদ (ট্রেজারি বিল, নেগোশিয়েবল পেপার, কর্পোরেট স্টক ও বন্ড)

G. মোট

* পরিবারের আকারের মধ্যে নিজে, স্বামী/স্ত্রী, ও যেকোনো ছোট সন্তান অন্তর্ভুক্ত। একজন গর্ভবতী নারীকে দুই জন হিসেবে গণনা হয়।

অংশগ্রহণের আবেদন (চলমান)

সেকশন III - আয়ের মাপকাঠি

হাসপাতাল সেবা সহায়তা লাভের যোগ্যতা নির্ধারণের সময়, স্বামী বা স্ত্রীর আয় সম্পদ একজন প্রাপ্তবয়স্ক হিসেবে ব্যবহার করতে হবে; অভিভাবকের আয় সম্পদ ছোট সন্তানের জন্য ব্যবহার করতে হবে। এই আবেদনের সাথে আয়ের প্রমাণ জমা দিতে হবে। আয়সবাগ্রহণের তারিখ থেকে হয় বার মাস, তিন মাস বা একমাসের হিসেবের উপরভিত্তি করে হতে হবে। রোগী/ পরিবারের মোট আয় নিম্নোক্ত আয়ের সমতুল্য হবে:

গত 12 মাসের আয়	গত 3 মাসের আয় X 4	গত 1 মাসের আয় X 12
-----------------	-----------------------	------------------------

16. আয়ের উৎস

A. কর্তনের পূর্বে বেতন/ ভাতা

B. সরকারি সহায়তা

C. সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা

D. বেকারত্ব ও কর্মঠ ব্যক্তির ক্ষতিপূরণ

E. প্রবীণ ভাতা

F. স্ত্রী/ সন্তানকে প্রদত্ত খোরপোশ

G. অন্যান্য আর্থিক সহায়তা

H. পেনশন ভাতা

I. বীমা ও এককালীন অর্থ

J. লভ্যাংশ/ সুদ

K. ঘরভাড়া থেকে আয়

L. অবশিষ্ট ব্যবসায়িক আয়-উপার্জিত/
স্বতন্ত্র কারো দ্বারা যাচাইকৃত

M. অন্যান্য (স্ট্রাইক সুবিধা, প্রশিক্ষণ বৃত্তি,
সামরিক পরিবারের বরাদ্দ, এস্টেট ও ট্রাস্ট থেকে
আয়

N. সর্বমোট

সেকশন IV - আবেদনকারীর সত্যায়ন

আমি অবগত আছি যে আমার প্রদত্ত তথ্য যথাযথ স্বাস্থ্যসেবা কর্তৃপক্ষ ও ফেডারেল বা রাজ্য সরকার কর্তৃক যাচাই করা হবে। ইচ্ছাকৃতভাবে ভুল তথ্য উপস্থাপন করলে আমাকে হাসপাতালের সবধরনের ব্যয় বহন করতে হতে পারে এবং দেওয়ানি জরিমানা গুণতে হতে পারে।

হাসপাতালের বিল পরিশোধের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা কর্তৃপক্ষের সাপেক্ষে আমি সরকারি বা বেসরকারি চিকিৎসা সহায়তার আবেদন করবো।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে পরিবারের আকার, আয় সম্পদ সংক্রান্ত উপরের তথ্য সত্য ও সঠিক।

আমি অবগত আছি যে আমার আয় সম্পদ সংক্রান্ত যেকোনো পরিবর্তন হাসপাতাল কর্তৃপক্ষকে জানানো আমার দায়িত্ব।

17. রোগী বা জামিনদারের স্বাক্ষর

18. তারিখ



রোগীর নাম: _____

অ্যাকাউন্ট #: _____

প্রযোজ্য প্রতিটি বিবৃতির পাশে **স্বাক্ষর** করুন।

_____ আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার কোন আশ্বনই এবং এই তারিখ থেকে আমার কোন আশ্বনই

_____ আমি প্রত্যয়ন করছি যে ব্যাংক অ্যাকাউন্টসহ আমার নিজের বা অন্য কোন তৃতীয়
পক্ষের কাছে আমার কোনো কোন সম্পদ নেই।

_____ আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি গৃহহীন এবং এই তারিখ থেকে গৃহহীন অবস্থায় দিনাতিপাত করছি

_____ আমি প্রত্যয়ন করছি যে বকেয়া বিল পরিশোধে আমার নিজের বা তৃতীয় কোন
পক্ষের মাধ্যমে কোন ডাক্তারি সহায়তা আমি পাই না।

_____ আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি নিউ জার্সি রাজ্যের বাসিন্দা এবং আমি এই
তারিখ থেকে রাজ্যটিতে বসবাস করছি

_____ আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার পরিচয় শনাক্তকরণ কোন নথি নেই।

_____ আমি ঘোষণা করছি যে এই ওয়ার্কশীটে প্রদত্ত সকল তথ্য
আমার জানামতে সত্য, ও সঠিক।

X

স্বাক্ষর

সম্পর্ক

তারিখ

সাক্ষাৎকারগ্রহীতার স্বাক্ষর

তারিখ



এটি যার জন্য প্রযোজ্য:

আমি (মুদ্রিত নাম) _____ (রোগীর সাথে সম্পর্ক) _____

এই ব্যক্তির জন্য প্রয়োজনীয় কক্ষ, বোর্ড ও জীবনধারণের অন্যান্য উপকরণ সরবরাহ করুন:

আমার বাসার ঠিকানায়:

এবং এই তারিখ থেকে এটি করছি: (তারিখ) _____

আমি তার কোন হাসপাতাল বিল বা অন্যান্য ব্যয় পরিশোধের জন্য দায়ী নই বা আমার সমর্থ্য নেই।

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

টেলিফোন: _____



তথ্যের অনুমতি

অ্যাকাউন্ট নম্বর

নাম:

ঠিকানা:

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:

আমি এতদ্বারা AtlantiCare Regional Medical Center-কে সামাজিক নিরাপত্তা প্রশাসন, কাউন্টি সোশ্যাল সার্ভিস, ব্যাংক ও অন্যান্য উৎস থেকে আমার বয়স, বাসস্থান, নাগরিকত্ব, চাকুরি, আয়ের উৎস অন্যান্য সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধাদি সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় যেকোনো তথ্য ব্যবহারের অনুমতি দিচ্ছি এবং প্রকাশের অনুরোধ করছি এটি স্পষ্ট যে প্রাপ্ত তথ্য কেবল আমার NJ Hospital Care Assistance Program বা Medicaid-এ আমার যোগ্যতা নির্ধারণ সংক্রান্ত কাজেই ব্যবহার করা হবে।

X

তারিখ:

স্বাক্ষর

সম্প্রদায় বা গ্রহণের তারিখ

ATLANTICARE REGIONAL MEDICAL CENTER REPRESENTATIVE