

আর্থিক আবেদন

এই আবেদনের অবশ্যই সাথে আয়ের 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:		2. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	
(নামের শেষ অংশ)		(নামের প্রথম অংশ) (মাঝের অংশ)	
3. আবেদনের তারিখ:		4. এই আবেদনে যেসব অ্যাকাউন্ট নম্বর বা নির্দিষ্ট তারিখ কাভার করা হয়:	
5. সড়কের ঠিকানা:		6. টেলিফোন নম্বর:	
7. শহর, স্টেট, জিপ কোড:		8. *পরিবারের আকার:	
* পরিবারের আকারের মধ্যে নিজে, স্বামী/স্ত্রী, ও যেকোনো ছোট সন্তান অন্তর্ভুক্ত। একজন গর্ভবতী নারীকে দুই জন হিসেবে গোনা হয়।			
9. যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক? হ্যাঁ বা না		10. জামিনদারের নাম (রোগী-ভিন্ন অন্য কেউ হলে):	

সেকশন II - সম্পদের মাপকাঠি

11. কর্তনের পূর্বে বেতন/ভাতা	\$ _____	বেতন/ভাতার প্রমাণের স্বপক্ষে দুটি পে স্টাব-এর অনুলিপি সংযুক্ত করুন।
রোগী বা জামিনদারের স্বাক্ষর:		তারিখ:

আবেদন ও পে স্টাব-এর অনুলিপি সমূহ এই ঠিকানায় পাঠান: ATLANTICARE BUSINESS OFFICE CUSTOMER SERVICE
65 JIMMIE LEEDS RD.
POMONA, NJ 08240

কেবল অফিসের ব্যবহারের জন্য:	গ্রহণের তারিখ:	পর্যালোচনার তারিখ:
বার্ষিক আয়	\$ _____	ফেডারেল দারিদ্র্যতার স্তর:
	%	
অনুমোদিত (গোল চিহ্ন দিন):	প্রত্যাখ্যানের কারণ:	
হ্যাঁ	_____ রোগীর দায় ছাড়কৃত চার্জ হিসাবের চেয়ে কম	
না (প্রযোজ্য সকল কারণ নির্বাচন করুন)	_____ রোগীর অতিরিক্ত আয়	
	অন্যান্য: _____	
কর্মসূচিগুলোকে অতিরিক্ত বিবেচনার জন্য পাঠানো হয়েছে (প্রযোজ্য সবগুলোতে গোল চিহ্ন দিন):	Charity Care	Medicaid
অন্যান্য (অনগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন):		
অনুমোদনকারী কর্মকর্তা:	অনুমোদনের তারিখ:	
স্বাক্ষর:	স্বাক্ষর:	
আবেদনকারীকে জানানো হয়েছে (তারিখ):	যিনি আবেদনকারীকে জানিয়েছেন:	
যেসব অ্যাকাউন্ট সমন্বয় করতে হবে (বাড়তি অ্যাকাউন্টের জন্য ফরমের পেছনের দিক ব্যবহার করুন এবং আবেদন উল্টানোর কথা নির্দেশ অ্যাকাউন্ট #:		
অ্যাকাউন্ট #:	অ্যাকাউন্ট #:	অ্যাকাউন্ট #:
পরিমাণ \$:	পরিমাণ \$:	পরিমাণ \$: