

আর্থিক সহায়তার আবেদন ফর্ম

গুরুত্বপূর্ণ: আপনি বিনামূল্যে বা ছাড়মূল্যে চিকিৎসা সেবা পেতে পারেন: এই আবেদনপত্রটি পূরণ করলে Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois নামে পরিচিত, তার অধিভুক্ত প্রতিষ্ঠানগুলো নির্ধারণ করতে পারবে যে আপনি বিনামূল্যে বা ছাড়মূল্যে সেবা বা আপনার স্বাস্থ্যসেবার খরচ মেটাতে সাহায্যকারী অন্য কোনো সরকারি প্রোগ্রাম পেতে পারেন কি না। অনুগ্রহ করে এই আবেদনপত্রটি কভার লেটারে উল্লিখিত ঠিকানায় জমা দিন।

আপনার যদি স্বাস্থ্যবীমা না থাকে তাহলে বিনামূল্যে বা ছাড়মূল্যে চিকিৎসা পাওয়ার জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের প্রয়োজন

নেই। তবে, Medicaid সহ কিছু পাবলিক প্রোগ্রামের জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর প্রয়োজন হয়। সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর প্রদান করা বাধ্যতামূলক নয় তবে এটি Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois নামে পরিচিত, তার অধিভুক্ত প্রতিষ্ঠানগুলোকে নির্ধারণ করতে সাহায্য করবে যে আপনি কোনো পাবলিক প্রোগ্রামের জন্য যোগ্য কিনা। আবেদনপত্রের যে কোনো প্রশ্ন যা “ঐচ্ছিক” হিসেবে চিহ্নিত করা আছে, তার উত্তর দেওয়া (বা উত্তর না দেওয়া) আবেদনের ফলাফলের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না।

বিনামূল্যে বা ছাড়মূল্যে চিকিৎসা পাওয়ার জন্য আবেদন করতে অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং পরিষেবা গ্রহণের তারিখের পর যত দ্রুত সম্ভব এটি Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois নামে পরিচিত, তার অধিভুক্ত প্রতিষ্ঠানগুলোতে সশরীরে, ডাকযোগে, ই-মেইলের মাধ্যমে বা ফ্যাক্সের মাধ্যমে জমা দিন। আপনার চিকিৎসার প্রথম বিলিং স্টেটমেন্ট পাওয়ার পর থেকে সর্বোচ্চ 240 দিন পর্যন্ত আমরা আপনার আবেদন গ্রহণ করব। এই আবেদনপত্র জমা দেওয়ার মাধ্যমে আপনি স্বীকার করছেন যে রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য কিনা তা নির্ধারণে Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois নামে পরিচিত, তার অধিভুক্ত প্রতিষ্ঠানগুলোকে সহায়তা করার জন্য আপনি আবেদনপত্রে অনুরোধ করা সমস্ত তথ্য আন্তরিকভাবে প্রদান করার চেষ্টা করেছেন। আবেদন প্রক্রিয়া সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন বা জিজ্ঞাসা থাকলে 833-272-7585 নম্বরে Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois নামে পরিচিত, তার অধিভুক্ত প্রতিষ্ঠানগুলোর আর্থিক পরামর্শ বিভাগে যোগাযোগ করতে পারেন।

বীমাবিহীন রোগীদের জন্য ছাড়ের আবেদন প্রক্রিয়া বা হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা প্রক্রিয়া সংক্রান্ত অভিযোগ বা উদ্বেগ Health Care Bureau of the Illinois Attorney General-তে জানানো যেতে পারে। The Health Care Bureau-এর টোল-ফ্রি হটলাইন হল 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)।

রোগীর তথ্য

(অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন এবং সমস্ত ক্ষেত্র অবশ্যই পূরণ করতে হবে। আবেদনপত্রের কোনো নির্দিষ্ট লাইনে প্রযোজ্য না হলে N/A উল্লেখ করুন)

তারিখ _____ অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

নাম (প্রথম এবং শেষ) _____

জন্ম তারিখ _____ বৈবাহিক অবস্থা _____ ফোন নম্বর _____

ঐচ্ছিক - লিঙ্গ পরিচয়- আপনি কি নিজে থেকে এটি মনে করেন: পুরুষ মহিলা ট্রান্সজেন্ডার পুরুষ/ট্রান্স পুরুষ/নারী থেকে পুরুষ (FTM)

ট্রান্সজেন্ডার মহিলা/ট্রান্স মহিলা/পুরুষ থেকে মহিলা (MTF) জেন্ডারকুইয়ার/জেন্ডার ননকনফর্মিং, যা একচেটিয়াভাবে পুরুষ বা মহিলা কোনোটিই নয়

অতিরিক্ত লিঙ্গ শ্রেণী (বা অন্য)

ঐচ্ছিক - লিঙ্গ পরিচয়: আপনার জন্ম সনদে প্রাথমিকভাবে কোন লিঙ্গ উল্লেখ করা ছিল? : পুরুষ মহিলা

ঐচ্ছিক - জাতি: সাদা কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান আমেরিকান ভারতীয় বা আলাস্কা নেটিভ এশিয়ান ইন্ডিয়ান চীনা ফিলিপিনো জাপানি

কোরিয়ান ভিয়েতনামী অন্যান্য এশীয় নেটিভ হাওয়াইয়ান গুয়ামানিয়ান বা চামোরো সামোয়ান অন্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের বাসিন্দা

ঐচ্ছিক - জাতিগতত: হিস্পানিক, ল্যাটিনো/ল্যাটিনা, বা স্প্যানিশ বংশোদ্ভূত মেক্সিকান, মেক্সিকান আমেরিকান, চিকানো/চিকানা পুয়ের্তো রিকান

কিউবান অন্য হিস্পানিক, ল্যাটিনো/ল্যাটিনা বা স্প্যানিশ বংশোদ্ভূত

ঐচ্ছিক - ভাষা- আপনি কি বাড়িতে ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয় তবে কোন ভাষা?: _____

ডাক ঠিকানা _____ সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____

ঐচ্ছিক - সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর _____

নিয়োগকর্তার _____ কর্মসংস্থানের অবস্থা _____

নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর _____

দায়িত্বশীল পক্ষের তথ্য/আইনি অভিভাবকের তথ্য

(যদি উপরের রোগী এবং দায়িত্বশীল ব্যক্তি একই হন তাহলে এই অংশটি খালি রাখুন।)

নাম (প্রথম এবং শেষ) _____

জন্ম তারিখ _____ বৈবাহিক অবস্থা _____ ফোন নম্বর _____

ডাক ঠিকানা _____ সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (ঐচ্ছিক) _____

নিয়োগকর্তা _____ কর্মসংস্থানের অবস্থা _____

দায়িত্বশীল পক্ষের স্বামী/স্ত্রীর তথ্য

(যদি রোগী এবং দায়িত্বশীল ব্যক্তি একই হন তবে রোগীর স্বামী/স্ত্রীর তথ্য পূরণ করুন।)

নাম (প্রথম এবং শেষ) _____

জন্ম তারিখ _____ বৈবাহিক অবস্থা _____ ফোন নম্বর _____

ডাক ঠিকানা _____ সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (ঐচ্ছিক) _____

নিয়োগকর্তা _____ কর্মসংস্থানের অবস্থা _____

নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর _____

দায়িত্বশীল পক্ষের উপর নির্ভরশীল ব্যক্তি

(যদি রোগী এবং দায়িত্বশীল ব্যক্তি একই হন তবে রোগীর স্বামী/স্ত্রীর তথ্য পূরণ করুন।)

নাম _____ জন্ম তারিখ _____ দায়িত্বশীল পক্ষের সাথে সম্পর্ক _____
নাম _____ জন্ম তারিখ _____
দায়িত্বশীল পক্ষের সাথে সম্পর্ক _____ নাম _____ জন্ম তারিখ _____
দায়িত্বশীল পক্ষের সাথে সম্পর্ক _____ নাম _____ জন্ম তারিখ _____
দায়িত্বশীল পক্ষের সাথে সম্পর্ক _____
পরিবারে বসবাসকারী প্রাপ্তবয়স্ক ও শিশুদের সংখ্যা _____

মাসিক আয়

(নিচে তালিকাভুক্ত প্রতিটি আইটেমের জন্য ডলারের পরিমাণ পূরণ করুন। প্রত্যেকের জন্য মাসিক পরিমাণ প্রদান করুন।)

আবেদনকারীর উপার্জন করা আয় _____ প্রাপ্ত শিশু সহায়তা _____
আবেদনকারীর স্বামী বা স্ত্রীর আয় _____ প্রাপ্ত ভরণপোষণ _____
সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা _____ ভাড়া সম্পত্তি আয় _____
পেনশন/অবসর আয় _____ ফুড স্ট্যাম্প _____
প্রতিবন্ধী আয় _____ প্রাপ্ত ট্রাস্ট তহবিল বিতরণ _____
বেকারত্ব ক্ষতিপূরণ _____ অন্যান্য আয় _____
কর্মীর ক্ষতিপূরণ _____ মোট মাসিক আয় \$ _____
সুদ/লভ্যাংশ আয় _____

মাসিক জীবনযাত্রার খরচ

Alexian Brothers Health System-কে, যা Ascension Illinois-এর সহযোগী প্রতিষ্ঠান হিসেবে পরিচালিত, আর্থিক সহায়তা নীতিমালায় বর্ণিত অনুযায়ী যেসব রোগী প্রাথমিকভাবে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হন তাদের এই অংশটি পূরণ করার প্রয়োজন নেই।

বন্ধক/ভাড়া _____
ইউটিলিটি _____
ফোন (ল্যান্ডলাইন) _____
মোবাইল ফোন _____
মুদিখানা/খাবার _____
কেবল/ইন্টারনেট/স্যাটেলাইট টিভি _____
গাড়ি পেমেন্ট _____
শিশু পরিচর্যা _____

শিশু সহায়তা/ভরণপোষণ _____
ক্রেডিট কার্ড _____
ডাক্তার/হাসপাতালের বিল _____
গাড়ি/অটো বীমা _____
হোম/সম্পত্তি বীমা _____
মেডিক্যাল/হেলথ ইন্স্যুরেন্স _____
জীবন বীমা _____
অন্যান্য মাসিক খরচ _____
মোট মাসিক খরচ \$ _____

সম্পদ

নগদ/সঞ্চয়/চেকিং অ্যাকাউন্ট _____

স্টক/বন্ড/বিনিয়োগ/CD _____

অন্যান্য রিয়েল এস্টেট/সেকেন্ডারি বাসস্থান _____

নৌকা/RV/মোটরসাইকেল/বিনোদনমূলক যানবাহন _____

কালেক্টর অটোমোবাইল/অ-প্রয়োজনীয় অটোমোবাইল _____

স্বাস্থ্য সঞ্চয়/নমনীয় ব্যয় অ্যাকাউন্ট গাড়ি _____

আমি Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois-এর সহযোগী প্রতিষ্ঠান নামে পরিচিত তাকে বাহ্যিক ক্রেডিট রিপোর্টিং এজেন্সিগুলো থেকে তথ্য সংগ্রহ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই আবেদনপত্রে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞানমতে সত্য ও সঠিক। আমার চিকিৎসার খরচ মেটাতে সাহায্য করার জন্য আমি স্টেট, ফেডারেল বা স্থানীয় পর্যায়ে যেকোনো সহায়তার জন্য আবেদন করব যার জন্য আমি যোগ্য হতে পারি। আমি বুঝতে পারছি যে এই প্রদান করা তথ্যসমূহ Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois-এর সহযোগী প্রতিষ্ঠান হিসেবে পরিচালিত, দ্বারা যাচাই করা হতে পারে এবং আমি Alexian Brothers Health System, Ascension Illinois-এর সহযোগী প্রতিষ্ঠান-কে এই আবেদনপত্রে প্রদান করা তথ্যের সঠিকতা যাচাই করার জন্য তৃতীয় পক্ষের সাথে যোগাযোগ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি বুঝতে পারছি যে যদি আমি জেনেশুনে এই আবেদনপত্রে অসত্য তথ্য প্রদান করি তাহলে আমি আর্থিক সহায়তা পাওয়ার অযোগ্য বলে বিবেচিত হব, আমাকে মঞ্জুর করা যেকোনো আর্থিক সহায়তা প্রত্যাহার করা হতে পারে এবং আমি বিল পরিশোধের জন্য দায়ী থাকব।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর _____

তারিখ _____

মন্তব্য _____

প্রিয় রোগী/আবেদনকারী,

Alexian Brothers Health System, যা Ascension Illinois-এর সহযোগী প্রতিষ্ঠান হিসেবে পরিচালিত, সহানুভূতি প্রদর্শন করে এবং সবার জন্য ব্যক্তিগতকৃত সেবা প্রদানের জন্য নিবেদিত- বিশেষত যাদের সবচেয়ে বেশি প্রয়োজন। আমাদের রোগীদের আর্থিক সহায়তা প্রদান করা আমাদের মিশন এবং বিশেষাধিকারের অংশ। শুধু জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়া যাবে। আপনার ও আপনার পরিবারের স্বাস্থ্যসেবার প্রয়োজনে আমাদের ওপর আস্থা রাখার জন্য ধন্যবাদ।

আপনার অনুরোধটি পাওয়ায় আমরা এই চিঠি এবং এর সাথে সংযুক্ত আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্রটি পাঠাচ্ছি। আপনি যদি এটির জন্য অনুরোধ না করে থাকেন তবে অনুগ্রহ করে এটি উপেক্ষা করুন। ফেরত দেওয়ার আগে অনুগ্রহ করে এর উভয় দিকে তারিখসহ আপনার স্বাক্ষর দিন। আপনি যদি গত ছয় মাসের মধ্যে কোনো আবেদনপত্র পূরণ করে থাকেন এবং আর্থিক সহায়তার জন্য অনুমোদিত হয়ে থাকেন তবে অনুগ্রহ করে আমাদের জানান। আপনাকে হয়তো নতুন করে আবেদনপত্র পূরণ করতে হবে না। ছয় মাসের বেশি পুরোনো কোনো আবেদনপত্র আমরা বিবেচনা করব না।

আবেদনপত্রের সাথে আপনার আয়ের প্রমাণপত্র হিসেবে নিম্নলিখিত নথিগুলোর মধ্যে অন্তত একটির কপি জমা দিন। যদি আপনি বিবাহিত হন বা কোনো সঙ্গীর সাথে 6 মাস বা তার বেশি সময় ধরে বসবাস করে থাকেন তাহলে আবেদনপত্রটি প্রক্রিয়াকরণের আগে তাদের আয়ের প্রমাণ হিসেবে নিম্নলিখিত জিনিসগুলির মধ্যে অন্তত একটির একটি কপি জমা দিতে হবে।

- নিয়োগকর্তার কাছ থেকে প্রাপ্ত সর্বশেষ 3টি বেতন স্লিপের কপি
- সর্বশেষ বার্ষিক ট্যাক্স রিটার্নের কপি (স্ব-কর্মসংস্থান সম্পন্ন হলে সমস্ত সিডিউল অন্তর্ভুক্ত করুন)
- সোশ্যাল সিকিউরিটি এবং/অথবা পেনশন রিটার্নমেন্ট অ্যাওয়ার্ড লেটার
- পিতা-মাতা বা অভিভাবকের সর্বশেষ বার্ষিক ট্যাক্স রিটার্ন যদি আবেদনকারী তাদের ট্যাক্স ফর্মে নির্ভরশীল হিসেবে তালিকাভুক্ত থাকেন এবং তার বয়স 25 বছরের কম হয়
- অন্যান্য আয় যাচাইকরণের নথি
- বিগত 3 মাসের ব্যাংক স্টেটমেন্টের কপি
- বেকার ভাতার রসিদের কপি

।

পরিশেষে, অনুগ্রহ করে আপনার বকেয়া মাসিক চিকিৎসা এবং ফার্মেসী/ঔষধের খরচের প্রমাণ হিসেবে নথি প্রদান করুন।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আবেদনপত্রটি বিবেচনার জন্য পূরণকৃত আবেদনপত্র এবং আয়ের প্রমাণপত্র অবশ্যই জমা দিতে হবে। আমরা অসম্পূর্ণ আবেদনপত্র প্রক্রিয়া বা বিবেচনা করতে পারব না।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে ইন্টারনেটের মাধ্যমে ইমেইলে যোগাযোগ সুরক্ষিত নয়। যদিও এর সম্ভাবনা কম তবুও এমন সম্ভাবনা রয়েছে যে আপনার ইমেইলে অন্তর্ভুক্ত তথ্য প্রাপক ছাড়াও অন্য কোনো পক্ষ তা বাধাগ্রস্ত বা পড়তে পারে।

আমরা আপনার ব্যক্তিগত তথ্য রক্ষা করতে এবং এটি নিরাপদ থাকবে তা নিশ্চিত করতে চাই। যেহেতু আবেদনপত্রটিতে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর এবং অন্যান্য ব্যক্তিগত তথ্য রয়েছে তাই আমরা আপনাকে এটি ইমেইল করা থেকে বিরত থাকার জন্য অনুরোধ করছি।

অনুগ্রহ করে আপনার পূরণ করা আবেদনপত্রটি প্রিন্ট করে নিম্নলিখিত ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান:

Alexian Brothers Health System
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8843

এই আবেদনপত্রটি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে আমাদের একজন রোগী প্রতিনিধিকে 833-272-7585 নম্বরে ফোন করুন।

আন্তরিকভাবে,

Patient Financial
Services Alexian
Brothers Health System,
Ascension Illinois-এর
সহযোগী প্রতিষ্ঠান নামে
পরিচিত