

# হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার প্রোগ্রাম

আপনার চিকিত্সার প্রয়োজনে Saint Agnes Hospital বেছে নেওয়ার জন্য ধন্যবাদ।

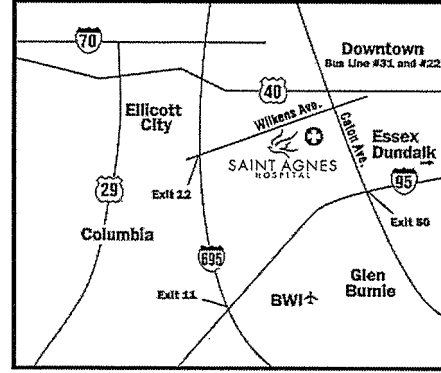
আপনি আমাদের হাসপাতালের আর্থিক সহায়তার প্রোগ্রামের জন্য আবেদন করার আগ্রহ প্রকাশ করেছেন। বিবেচিত হওয়ার জন্য, আমাদের অফিসে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র অবশ্যই জমা দিতে হবে:

- সম্পূর্ণ আবেদন
- পূর্ববর্তী বছরের ফেডারেল আয়কর রিটার্ন
- বর্তমান আয়ের প্রমাণপত্র বা বেকার হলে কর্মসংস্থান ক্ষতিপূরণের প্রমাণ বা সমর্থনের চিঠি
- যেকোনো তদন্তের প্রমাণ
- চেকিং এবং/অথবা সেভিংস অ্যাকাউন্ট বইয়ের কপি
- যে কোনো অপরিশোধিত মেডিকেল বিলের কপি

মূল্যায়ন প্রক্রিয়া সম্পন্ন হলে আপনার বকেয়া অ্যাকাউন্টগুলিতে প্রযোজ্য ছাড়ের শতাংশ (যদি থাকে) সম্পর্কে আপনাকে অবহিত করা হবে।

অনুরোধ করা তথ্য 15 দিনের মধ্যে না পেলে আমরা আমাদের স্বাভাবিক সংগ্রহ পদ্ধতি অনুসরণ করব। আপনার কোনো প্রশ্ন বা জিজ্ঞাসা থাকলে অনুগ্রহ করে 667-234-2175 নম্বরে একজন রোগী হিসাব প্রতিনিধির সাথে যোগাযোগ করুন।

# আপনার চিকিত্সার প্রয়োজনে Saint Agnes Hospital বেছে নেওয়ার জন্য ধন্যবাদ!



St. Agnes | Ascension

PO Box 412315  
Boston, MA 02241  
667-234-2175

TTY: 667-234-2001  
[www.TeamSaintAgnes.com](http://www.TeamSaintAgnes.com)

SAINT AGNES | Ascension

# রোগীর আর্থিক পরিষেবা

Maryland State Uniform আর্থিক  
সহায়তার আবেদনপত্র

# Maryland State Uniform আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র

## আপনার সম্পর্কে তথ্য

নাম: \_\_\_\_\_

প্রথম মধ্যম শেষ  
সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার: \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

বৈবাহিক অবস্থা: সিঙ্গেল বিবাহিত আলাদা

মার্কিন নাগরিক: হ্যাঁ না

স্থায়ী বাসিন্দা: হ্যাঁ না

বাড়ির ঠিকানা: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

"সিটি" "স্টেট" জিপ কোড

দেশ ফোন ভরণপোষণ

নিয়োগকর্তার নাম: \_\_\_\_\_

কাজের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

সিটি স্টেট জিপ কোড

পরিবারের সদস্য:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

নাম বয়স সম্পর্ক

আপনি কি চিকিৎসা সহায়তার জন্য আবেদন করেছেন?

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে আপনি কোন তারিখে আবেদন করেছিলেন? \_\_\_\_\_

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে সিদ্ধান্ত কী ছিল? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

আপনি কি কোনো রাষ্ট্রীয় বা দেশীয়

সহায়তা পান? হ্যাঁ না

\_\_\_\_\_

## I. পারিবারিক আয়

কর্মসংস্থান \_\_\_\_\_ মাসিক পরিমাণ \_\_\_\_\_

অবসর/পেনশন সুবিধা \_\_\_\_\_

সামাজিক সুরক্ষা সুবিধা \_\_\_\_\_

সরকারী সহায়তা সুবিধা \_\_\_\_\_ প্রতিবন্ধীতার সুবিধা \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ বেকারত্ব সুবিধা \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ভেটেরান্স সুবিধা \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ভাড়া সম্পত্তি আয় \_\_\_\_\_

ধর্মঘটের সুবিধা সামরিক \_\_\_\_\_

বরাদ্দ \_\_\_\_\_

ফার্ম বা স্ব-কর্মসংস্থান \_\_\_\_\_

অন্যান্য আয়ের উৎস \_\_\_\_\_

মোট \_\_\_\_\_

## II. তরল সম্পদ

চেকিং অ্যাকাউন্ট \_\_\_\_\_

সেভিংস অ্যাকাউন্ট \_\_\_\_\_

স্টক, বন্ড, CD বা মানি মার্কেট \_\_\_\_\_

অন্যান্য অ্যাকাউন্ট \_\_\_\_\_

মোট \_\_\_\_\_

## III. অন্যান্য সম্পদ

আপনার কাছে নিম্নলিখিত জিনিসগুলির কোনোটি থাকলে অনুগ্রহ করে সেটির

প্রকার ও আনুমানিক মূল্য উল্লেখ করুন।

হোম: লোন ব্যালেন্স: \_\_\_\_\_ মূল্য: \_\_\_\_\_

অটো: মেক: \_\_\_\_\_ বছর: \_\_\_\_\_ মূল্য: \_\_\_\_\_

অটো: মেক: \_\_\_\_\_ বছর: \_\_\_\_\_ মূল্য: \_\_\_\_\_

## III. অন্যান্য সম্পদ (চলমান)

অটো: মেক: \_\_\_\_\_ বছর: \_\_\_\_\_ মূল্য: \_\_\_\_\_

অন্যান্য সম্পত্তি: \_\_\_\_\_

মোট \_\_\_\_\_

## IV. মাসিক খরচ

ভাড়া বা বন্ধক \_\_\_\_\_ মাসিক পরিমাণ \_\_\_\_\_

ইউটিলিটি \_\_\_\_\_

গাড়ি পেইমেন্ট \_\_\_\_\_

ক্রেডিট কার্ড(গুলি) \_\_\_\_\_

গাড়ি বীমা \_\_\_\_\_

স্বাস্থ্য বীমা \_\_\_\_\_

অন্যান্য চিকিৎসা ব্যয় \_\_\_\_\_

অন্যান্য খরচ \_\_\_\_\_

মোট \_\_\_\_\_

আপনি কি অন্য কোনো অপরিশোধিত মেডিকেল বিল আছে?

হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয় তবে পরিমাণ \_\_\_\_\_

কোন সেবার জন্য? \_\_\_\_\_

আপনি যদি কিস্তিতে পরিশোধের ব্যবস্থা করে থাকেন তাহলে মাসিক কিস্তির

পরিমাণ কত? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

আপনি যদি হাসপাতালের কাছে অতিরিক্ত আর্থিক সহায়তার জন্য অনুরোধ

করেন তবে হাসপাতাল একটি সম্পূর্ণ সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য অতিরিক্ত তথ্য

চাইতে পারে। এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আপনি প্রত্যাশন করছেন যে প্রদত্ত

তথ্য সত্য এবং আপনি প্রদত্ত তথ্যে কোনো পরিবর্তন হলে সেই পরিবর্তনের দশ

দিনের মধ্যে হাসপাতালকে তা জানাতে সম্মত হচ্ছেন।

\_\_\_\_\_

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_

রোগীর সাথে সম্পর্ক

\_\_\_\_\_

তারিখ

\_\_\_\_\_