

Ascension Saint Agnes সিস্টেম নীতিমালা এবং কার্যপ্রণালীর ম্যানুয়াল	পৃষ্ঠা 24 এর 1	SYS FI 05
বিষয়: Ascension Saint Agnes-এর আর্থিক সহায়তার নীতিমালা	কার্যকরের তারিখ: 2/05	
	পর্যালোচনা করা হয়েছে: সংশোধিত: 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08, 9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20, 1/21, 4/21, 7/21, 7/22, 10/22, 12/22, 3/23, 6/23, 9/23, 12/23, 3/24, 7/24, 10/24, 12/24, 3/25, 7/25	
অনুমোদন: ফাইনাল - সভাপতি/CEO: _____ তারিখ: _____ সম্মতি: _____ তারিখ _____ (CEO-এর স্বাক্ষরের 30 দিন পরে নীতিগুলি কার্যকর হবে)		

নীতিমালা/মূলনীতি

নিম্নে এই অনুচ্ছেদের নিচে তালিকাভুক্ত সংস্থাগুলির (প্রতিটি 'সংস্থা' হিসাবে পরিচিত) নীতি হলো সংস্থার সুবিধাসমূহে জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবা প্রদান করতে সামাজিকভাবে সুবিচার নিশ্চিত করা। এই নীতিমালাটি বিশেষভাবে সেইসব রোগীদের আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রণীত হয়েছে যাদের আর্থিক সহায়তার প্রয়োজন রয়েছে এবং যারা এই প্রতিষ্ঠান থেকে সেবা গ্রহণ করেন। এই নীতিমালাটি Ascension Saint Agnes-এর অধীনস্থ নিম্নলিখিত প্রতিটি সংস্থার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য:

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach, Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional Services

- সকল আর্থিক সহায়তার মাধ্যমে প্রতিফলিত হবে ব্যক্তিগত মানবিক মর্যাদা ও সামগ্রিক কল্যাণের প্রতি আমাদের অঙ্গীকার ও শ্রদ্ধা, দারিদ্র্যপীড়িত ও অন্যান্য অসহায় জনগোষ্ঠীর প্রতি আমাদের বিশেষ উদ্বেগ ও সংহতি এবং বর্ণনমূলক ন্যায়বিচার ও তত্ত্বাবধানের প্রতি আমাদের অঙ্গীকার।
- এই নীতিমালাটি সংস্থা কর্তৃক প্রদত্ত সকল জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, যার মধ্যে নিযুক্ত চিকিৎসকের পরিষেবা এবং মানসিক স্বাস্থ্য সেবাও অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। এই নীতিমালাটি জরুরি নয় এমন সেবা এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার খরচের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।
- আর্থিক সহায়তা নীতিমালার আওতাভুক্ত প্রোভাইডারদের তালিকায় সংস্থার পরিকাঠামোর মধ্যে সেবা প্রদানকারী যেকোনো প্রোভাইডারের তালিকা থাকে যেখানে নির্দিষ্ট করে বলা হয় কারা আর্থিক সহায়তা নীতির আওতাভুক্ত এবং কারা নয়।

পরিধি

এই নীতিমালাটি Ascension Saint Agnes-এর সমস্ত সত্তার জন্য প্রযোজ্য।

সংজ্ঞা

এই নীতিমালার উদ্দেশ্যে নিম্নলিখিত সংজ্ঞাগুলো প্রযোজ্য:

- “501(r)” বলতে অভ্যন্তরীণ রাজস্ব কোডের ধারা 501(r) এবং তদনুসারে প্রণীত প্রবিধানসমূহকে বোঝায়।
- “সাধারণত বিল করা পরিমাণ” বা “AGB” বলতে জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার ক্ষেত্রে সেইসব ব্যক্তিদের কাছে সাধারণত বিল করা অর্থের পরিমাণকে বোঝায় যাদের এই ধরনের সেবা প্রদানের জন্য বীমা রয়েছে।
- “কমিউনিটি” বলতে সংস্থার কমিউনিটি স্বাস্থ্য চাহিদা মূল্যায়ন (CHNA) অনুযায়ী নিম্নলিখিত জিপি কোডগুলিতে বসবাসকারী রোগীদের বোঝায়: Arbutus/Halethorpe 21227, Brooklyn/Linthicum 21225, 21090, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223,21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043, 21042, Columbia 21044, 21045। একজন রোগীকে সংস্থার কমিউনিটির সদস্য হিসেবেও গণ্য করা হবে যদি তার প্রয়োজনীয় জরুরি ও চিকিৎসাগতভাবে আবশ্যিক সেবা Ascension Health-এর অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানে প্রাপ্ত জরুরি ও চিকিৎসাগতভাবে আবশ্যিক সেবার ধারাবাহিকতা হয় যেখানে রোগী উক্ত জরুরি ও চিকিৎসাগতভাবে আবশ্যিক সেবার জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা অর্জন করেছেন।
- “জরুরি চিকিৎসা সেবা” বলতে এমন একটি শারীরিক অবস্থাকে বোঝায় যার লক্ষণগুলো তীব্র এবং যথেষ্ট গুরুতর (যার মধ্যে রয়েছে তীব্র ব্যথা, মানসিক অসুস্থতা এবং/অথবা মাদকাসক্তির লক্ষণ) এবং যার ফলে তাৎক্ষণিক চিকিৎসা না পেলে নিম্নলিখিত পরিণতিগুলোর যেকোনো একটি ঘটার যুক্তিসঙ্গত সম্ভাবনা থাকে:
 - a. ব্যক্তির স্বাস্থ্যকে (বা, গর্ভবতী মহিলার ক্ষেত্রে মহিলা বা তার অনাগত সন্তানের স্বাস্থ্যকে) গুরুতর বিপদের মুখে ফেলা বা
 - b. শারীরিক ক্রিয়াকলাপে গুরুতর প্রতিবন্ধকতা বা
 - c. শরীরের কোনো অঙ্গ বা অংশের গুরুতর বিকলতা।
- “চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবা” বলতে এমন সেবাকে বোঝায় যা (1) রোগীর রোগ প্রতিরোধ, নির্ণয় বা চিকিৎসার জন্য উপযুক্ত, সামঞ্জস্যপূর্ণ এবং অপরিহার্য; (2) রোগীর অবস্থার জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত সরবরাহ বা সেবার স্তর যা নিরাপদে প্রদান করা যায়; (3) যা প্রাথমিকভাবে রোগী, রোগীর পরিবার, চিকিৎসক বা তত্ত্বাবধায়কের সুবিধার জন্য প্রদান করা হয় না; এবং (4) যার ফলে রোগীর ক্ষতির চেয়ে উপকার হওয়ার সম্ভাবনা বেশি। ভবিষ্যতে নির্ধারিত পরিচর্যাকে “চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবা” হিসেবে গণ্য করার জন্য সেই সেবা এবং তার সময় অবশ্যই প্রতিষ্ঠানের প্রধান চিকিৎসা কর্মকর্তা (বা মনোনীত ব্যক্তি) কর্তৃক অনুমোদিত হতে হবে। চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার বিষয়টি অবশ্যই রোগীকে চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী একজন লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রোভাইডার এবং প্রতিষ্ঠানের বিবেচনার ভিত্তিতে ভর্তিকারী চিকিৎসক, প্রেরণকারী চিকিৎসক, এবং/অথবা প্রধান চিকিৎসা কর্মকর্তা বা অন্য কোনো পর্যালোচনাকারী চিকিৎসকের (সুপারিশ করা চিকিৎসার ধরনের উপর নির্ভর করে) মাধ্যমে নির্ধারিত হতে হবে। এই নীতিমালার আওতাভুক্ত কোনো রোগীর অনুরোধ করা চিকিৎসা যদি কোনো পর্যালোচনাকারী চিকিৎসকের দ্বারা চিকিৎসাগতভাবে অপ্রয়োজনীয় বলে নির্ধারিত হয় তবে সেই সিদ্ধান্তটি ভর্তিকারী বা প্রেরণকারী চিকিৎসক দ্বারাও নিশ্চিত করতে হবে।
- “সংস্থা” বলতে Ascension Saint Agnes-কে বোঝায়।
- “রোগী” বলতে সেই সকল ব্যক্তিকে বোঝায় যারা প্রতিষ্ঠানে জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবা গ্রহণ করে এবং সেই ব্যক্তিকে বোঝায় যিনি রোগীর সেবার জন্য আর্থিকভাবে দায়বদ্ধ।

প্রদান করা আর্থিক সহায়তা

এই বিভাগে বর্ণিত আর্থিক সহায়তা শুধু কমিউনিটিতে বসবাসকারী রোগীদের জন্য সীমাবদ্ধ:

- এই আর্থিক সহায়তা নীতিমালার অন্যান্য বিধান সাপেক্ষে যে সকল রোগীর আয় ফেডারেল দারিদ্র্য সীমা আয়ের (“FPL”) 250% বা তার কম (যা পরিষেবা প্রদানের সময় গণনা করা হয় বা প্রাথমিক বিলের 240 দিনের মধ্যে রোগীর আর্থিক অবস্থার কোনো পরিবর্তন বিবেচনা করে, প্রয়োজন অনুযায়ী হালনাগাদ করা হয়), তারা বীমাকারীর (যদি থাকে) অর্থপ্রদানের পর পরিষেবার খরচের সেই অংশের জন্য 100% দাতব্য সেবা পাওয়ার যোগ্য হবেন যদি উক্ত রোগীকে অনুমানমূলক স্কেরিং (নিচে অনুচ্ছেদ 7-এ বর্ণিত) অনুসারে যোগ্য বলে নির্ধারণ করা হয় বা তিনি তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 তম দিনের মধ্যে বা তার আগে একটি আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র (“FAP আবেদনপত্র”) জমা দেন এবং সেই FAP আবেদনপত্রটি সংস্থা কর্তৃক অনুমোদিত হয়। যদি রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 দিন পর FAP আবেদনপত্র জমা দেন তাহলে তিনি 100% পর্যন্ত আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হবেন তবে, এই ক্যাটাগরিতে একজন রোগীর জন্য উপলব্ধ আর্থিক সহায়তার পরিমাণ রোগীর অ্যাকাউন্টে করা যেকোনো পেমেন্ট বিবেচনা করার পর তার অপরিশোধিত বকেয়ার মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে যদি না মেরিল্যান্ড আইন এবং সংস্থার বিলিং ও কালেকশন নীতির 3(b) ধারা অনুযায়ী কোনো রিফান্ড নির্ধারিত থাকে।¹ এই শ্রেণীর আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য কোনো রোগীর কাছ থেকে হাসপাতালের মার্ক-আপ বাদ দিয়ে প্রাপ্ত চার্জ বা হিসাবকৃত AGB চার্জের মধ্যে যেটি কম তার চেয়ে বেশি অর্থ আদায় করা হবে না।²
- এই আর্থিক সহায়তা নীতিমালার অন্যান্য বিধান সাপেক্ষে যে সকল রোগীর আয় FPL এর 250% এর বেশি কিন্তু 400% এর বেশি নয় তারা প্রদত্ত পরিষেবার চার্জের সেই অংশের উপর একটি স্লাইডিং স্কেল ডিসকাউন্ট পাবেন যদি কোনো বীমাকারী (যদি থাকে) অর্থ প্রদানের পর রোগী দায়ী থাকেন, এই ছাড়টি প্রযোজ্য হবে যদি উক্ত রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 তম দিনের মধ্যে বা তার আগে একটি FAP আবেদনপত্র জমা দেন এবং আবেদন সংস্থা কর্তৃক অনুমোদিত হয়। যদি রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 তম দিনের পরে FAP আবেদনপত্র জমা দেন তবে তিনি স্লাইডিং স্কেল ডিসকাউন্ট আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হবেন কিন্তু সেক্ষেত্রে এই ক্যাটাগরিতে একজন রোগীর জন্য উপলব্ধ আর্থিক সহায়তার পরিমাণ রোগীর অ্যাকাউন্টে করা যেকোনো পেমেন্ট বিবেচনা করার পর তার অপরিশোধিত ব্যালেন্সের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে। এই শ্রেণীর আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য কোনো রোগীর কাছ থেকে হাসপাতালের মার্ক-আপ বাদ দিয়ে প্রাপ্ত চার্জ বা হিসাবকৃত AGB চার্জের মধ্যে যেটি কম, তার চেয়ে বেশি অর্থ আদায় করা হবে না। স্লাইডিং স্কেল ছাড়ের হার নিম্নরূপ:

আর্থিক সহায়তার স্কেল

1 জুলাই 2024 অনুযায়ী

For Hospital Facility Services Only (Regulated)

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$15,060	\$30,120	\$33,890	\$37,650	\$41,420	\$45,180	\$48,950	\$52,710	\$56,480	\$60,240
2	\$20,440	\$40,880	\$45,990	\$51,100	\$56,210	\$61,320	\$66,430	\$71,540	\$76,650	\$81,760
3	\$25,820	\$51,640	\$58,100	\$64,550	\$71,010	\$77,460	\$83,920	\$90,370	\$96,830	\$103,280
4	\$31,200	\$62,400	\$70,200	\$78,000	\$85,800	\$93,600	\$101,400	\$109,200	\$117,000	\$124,800
Saint Agnes Discount	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11.8%

For Professional Services (Deregulated)*

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$15,060	\$30,120	\$33,890	\$37,650	\$41,420	\$45,180	\$48,950	\$52,710	\$56,480	\$60,240
2	\$20,440	\$40,880	\$45,990	\$51,100	\$56,210	\$61,320	\$66,430	\$71,540	\$76,650	\$81,760
3	\$25,820	\$51,640	\$58,100	\$64,550	\$71,010	\$77,460	\$83,920	\$90,370	\$96,830	\$103,280
4	\$31,200	\$62,400	\$70,200	\$78,000	\$85,800	\$93,600	\$101,400	\$109,200	\$117,000	\$124,800
Saint Agnes Discount	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	45.1%

**নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত
রয়েছে: Seton Imaging*

- ¹ মেরিল্যান্ড কোড ধারা 19-214.2(c)(1-3) অনুসারে যদি সংস্থা আবিষ্কার করে যে রোগী একটি নির্দিষ্ট পরিষেবা প্রদানের তারিখে বিনামূল্যে সেবার জন্য যোগ্য ছিলেন (সেই পরিষেবা প্রদানের তারিখে প্রযোজ্য সংস্থার যোগ্যতার মানদণ্ড ব্যবহার করে) এবং সেই নির্দিষ্ট তারিখটি আবিষ্কারের দুই (2) বছরের মধ্যে হয় তাহলে সংস্থা রোগী বা রোগীর গ্যারান্টারের কাছ থেকে পঁচিশ ডলারের বেশি যে পরিমাণ অর্থ পেয়েছে তা রোগীকে ফেরত দেওয়া হবে। যদি সংস্থা রোগীর বিনামূল্যে চিকিৎসার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদানে রোগী বা তার জামিনদারের অসহযোগিতার প্রমাণ পায় তবে রোগীর তথ্যের জন্য প্রাথমিক অনুরোধের তারিখ থেকে দুই (2) বছরের সময়সীমা ত্রিশ (30) দিনে কমিয়ে আনা যেতে পারে। যদি রোগী এমন কোনো আয় পরীক্ষিত সরকারি স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় নথিভুক্ত থাকেন যেখানে রোগীকে স্বাস্থ্যসেবার খরচ নিজের পকেট থেকে দিতে হয় তাহলে এমন কোনো অর্থ রোগীকে ফেরত দেওয়া হবে না যার ফলে তিনি উক্ত স্বাস্থ্য পরিকল্পনার আওতাভুক্ত হওয়ার আর্থিক যোগ্যতা হারাতে পারেন।
- ² COMAR 10.37.10.26(A-2)(2)(a)(iii) অনুসারে হাসকৃত খরচের সেবার জন্য রোগীর সর্বোচ্চ অর্থপ্রদান হাসপাতালের মার্ক-আপ বাদ দিয়ে চার্জের বেশি হবে না।

*Lab Outreach
Seton Medical Group
Ascension Medical Group
Ascension Saint Agnes Medical Group
Integrated Specialist Group
Radiologists Professional Services
Anesthesia Professional Services*

3. এই আর্থিক সহায়তা নীতির অন্যান্য বিধান সাপেক্ষে একজন রোগী যার i) FPL এর 400% এর বেশি কিন্তু 500% এর বেশি নয় এবং ii) চিকিৎসা ঋণ যার মধ্যে Ascension এবং অন্য কোনও স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য চিকিৎসা ঋণ অন্তর্ভুক্ত যা রোগীর দ্বারা বারো (12) মাসের সময়কালে উদ্ভূত হয়েছে এবং যা উক্ত রোগীর পরিবারের মোট আয়ের 25% এর সমান বা তার বেশি তিনি এই অনুচ্ছেদে বর্ণিত আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হবেন। প্রদত্ত আর্থিক সহায়তার পরিমাণ হবে উপরোক্ত অনুচ্ছেদ 2-এর অধীনে দারিদ্র্য সীমার 400% আয়ের একজন রোগীকে মঞ্জুর করা সহায়তার সমান যদি উক্ত রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 তম দিনের মধ্যে বা তার আগে একটি FAP আবেদনপত্র জমা দেন এবং সেই FAP আবেদন সংস্থা কর্তৃক অনুমোদিত হয়। রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 দিন পর FAP আবেদনপত্র জমা দিলে এই ধরনের আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হবেন কিন্তু সেক্ষেত্রে এই বিভাগে একজন রোগীর জন্য উপলব্ধ আর্থিক সহায়তার পরিমাণ, রোগীর অ্যাকাউন্টে করা যেকোনো পেমেন্ট বিবেচনা করার পর তার অপরিশোধিত বকেয়ার মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে। এই শ্রেণীর আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য কোনো রোগীর কাছ থেকে হাসপাতালের মার্ক-আপ বাদ দিয়ে প্রাপ্ত চার্জ বা হিসাবকৃত AGB চার্জের মধ্যে যেটি কম, তার চেয়ে বেশি অর্থ আদায় করা হবে না।
4. এই আর্থিক সহায়তা নীতির অন্যান্য বিধান সাপেক্ষে FPL এর 500% এর বেশি আয় থাকা কোনো রোগী তার মোট চিকিৎসা ঋণের উপর ভিত্তি করে একটি “আর্থিক সামর্থ্য পরীক্ষা” প্রক্রিয়ার মাধ্যমে সংস্থা থেকে প্রদত্ত পরিষেবার খরচে কিছু ছাড়ের জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। কোনো রোগী আর্থিক সামর্থ্য পরীক্ষা Ascension এবং অন্য যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য প্রদত্ত অতিরিক্ত মোট চিকিৎসা ঋণ, যার মধ্যে চিকিৎসা ঋণও অন্তর্ভুক্ত, যদি উক্ত রোগীর পরিবারের মোট আয়ের সমান বা তার চেয়ে বেশি হয়, তবে তিনি আর্থিক সামর্থ্য পরীক্ষা অনুযায়ী আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হবেন। আর্থিক সামর্থ্য পরীক্ষা অনুসারে প্রদত্ত আর্থিক সহায়তার পরিমাণ উপরোক্ত অনুচ্ছেদ 2-এর অধীনে FPL এর 400% আয়সম্পন্ন একজন রোগীকে মঞ্জুর করা সহায়তার সমান হবে যদি উক্ত রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 তম দিনের মধ্যে বা তার পূর্বে একটি FAP আবেদনপত্র জমা দেন এবং সেই FAP আবেদন সংস্থা কর্তৃক

অনুমোদিত হয়। যদি কোনো রোগী তার প্রথম ডিসচার্জ বিলের 240 তম দিনের পরে FAP আবেদনপত্র জমা দেন তবে তিনি আর্থিক সামর্থ্য পরীক্ষা ছাড়া আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হবেন কিন্তু সেক্ষেত্রে এই বিভাগের একজন রোগীর জন্য উপলব্ধ আর্থিক সহায়তার পরিমাণ রোগীর অ্যাকাউন্টে করা যেকোনো পেমেন্ট বিবেচনা করার পর তার অপরিশোধিত বকেয়ার মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে। এই শ্রেণীর আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য কোনো রোগীর কাছ থেকে হাসপাতালের মার্ক-আপ বাদ দিয়ে প্রাপ্ত চার্জ বা হিসাবকৃত AGB চার্জের মধ্যে যেটি কম, তার চেয়ে বেশি অর্থ আদায় করা হবে না।

5. মেরিল্যান্ডের সকল বাসিন্দা রোগীই আয়-ভিত্তিক অর্থপ্রদান পরিকল্পনার জন্য যোগ্য হবেন। এই ধরনের পরিশোধ পরিকল্পনার জন্য মাসিক কিস্তির পরিমাণ রোগীর ফেডারেল বা স্টেট সমন্বিত মোট মাসিক আয়ের মধ্যে যেটি কম, তার 5% এর বেশি হবে না।
6. রোগীর আয় নির্ধারণের ক্ষেত্রে রোগীর পরিবারের সদস্য সংখ্যা বিবেচনা করা হবে যা রোগী এবং নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের নিয়ে গঠিত: (1) একজন স্বামী বা স্ত্রী (রোগী এবং স্বামী বা স্ত্রী যৌথভাবে ফেডারেল বা স্টেট ট্যাক্স রিটার্ন দাখিল করবেন কিনা তা নির্বিশেষে); (2) জৈবিক, দত্তক বা সৎ সন্তান; এবং (3) এমন কোনো ব্যক্তি যার জন্য রোগী ফেডারেল বা স্টেট ট্যাক্স রিটার্নে ব্যক্তিগত ছাড় দাবি করেন। যদি রোগী একজন শিশু হয় তবে পরিবারের সদস্য সংখ্যা হবে শিশুটি এবং নিম্নলিখিত ব্যক্তিগণ: (1) জৈবিক পিতামাতা, দত্তক পিতামাতা, বা সৎ পিতামাতা বা অভিভাবক, (2) জৈবিক ভাইবোন, দত্তক ভাইবোন, বা সৎ ভাইবোন; এবং (3) এমন কোনো ব্যক্তি যার জন্য রোগীর পিতামাতা বা অভিভাবক ফেডারেল বা স্টেট ট্যাক্স রিটার্নে ব্যক্তিগত ছাড় দাবি করেন।
7. কোনো রোগী উপরের 1 থেকে 4 অনুচ্ছেদে বর্ণিত আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য নাও হতে পারেন, যদি একটি “সম্পদ পরীক্ষা” অনুসারে সেই রোগীর অর্থ প্রদানের জন্য পর্যাপ্ত সম্পদ আছে বলে বিবেচিত হয়। সম্পদ পরীক্ষার মাধ্যমে FAP আবেদনপত্রে পরিমাপ করা সম্পদের বিভিন্ন শ্রেণীর উপর ভিত্তি করে একজন রোগীর পরিশোধ করার ক্ষমতার একটি গুরুত্বপূর্ণ মূল্যায়ন করা হয়। সম্পদ পরীক্ষা ব্যবহার করে আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্ধারণের সময় সংস্থাটি শুধু \$100,000-এর বেশি পারিবারিক আর্থিক সম্পদ বিবেচনা করবে।
8. আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা আয় চক্রের যেকোনো পর্যায়ে নির্ধারণ করা যেতে পারে তবে শর্ত থাকে যে রোগীকে প্রথম সেবা গ্রহণের তারিখ থেকে শুরু করে কমপক্ষে বারো (12) মাসের জন্য যোগ্য থাকতে হবে এবং রোগীর প্রথম ডিসচার্জ বিলের পর প্রথম 240 দিনের মধ্যে পর্যাপ্ত অপরিশোধিত ব্যালেন্স থাকা রোগীর জন্য অনুমানমূলক স্কেরিং ব্যবহার অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে যাতে রোগীর FAP আবেদনপত্র পূরণ করতে ব্যর্থ হওয়া সত্ত্বেও 100% দাতব্য সেবার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করা যায়। যদি কোনো রোগী সম্পূর্ণ FAP আবেদনপত্র জমা না দিয়ে এবং কেবল অনুমানভিত্তিক স্কেরের মাধ্যমে 100% দাতব্য সেবা লাভ করেন তবে রোগীর অ্যাকাউন্টে করা যেকোনো অর্থপ্রদান বিবেচনা করার পর তার যে বকেয়া থাকবে সেই পরিমাণ আর্থিক সহায়তা রোগীর প্রাপ্য অর্থের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে। অনুমানভিত্তিক স্কেরের উপর ভিত্তি করে যোগ্যতার নির্ধারণ শুধু সেই চিকিৎসা পর্বের ক্ষেত্রেই প্রযোজ্য যার জন্য এই অনুমানভিত্তিক স্কেরিং পরিচালিত হয়।
9. যেসব রোগী নির্দিষ্ট কিছু বীমা পরিকল্পনার অন্তর্ভুক্ত এবং যেগুলো সংস্থাটিকে "নেটওয়ার্কের বাইরে" বলে গণ্য করে সেইসব রোগীর ক্ষেত্রে সংস্থাটি রোগীর বীমার তথ্য এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক ঘটনা এবং পরিস্থিতি পর্যালোচনার ভিত্তিতে রোগীর প্রাপ্য আর্থিক সহায়তা হ্রাস বা বাতিল করতে পারে।
10. Medicaid বা CHIP-এর জন্য অন্যথায় যোগ্য না হলে নিম্নলিখিত আয়-পরীক্ষিত সামাজিক পরিষেবা প্রোগ্রামগুলির সুবিধাভোগী রোগীরা দাতব্য সেবার জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হবেন এই শর্তে যে রোগী 30 দিনের মধ্যে তালিকাভুক্তির প্রমাণপত্র জমা দেবেন যদি না রোগী বা রোগীর প্রতিনিধি অতিরিক্ত 30 দিনের জন্য অনুরোধ করেন:

- যেসব পরিবারে শিশুরা বিনামূল্যে বা স্বল্পমূল্যে মধ্যাহ্নভোজ প্রোগ্রামের আওতাভুক্ত;
- সম্পূর্ণক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP);
- নিম্ন আয়ের পরিবারের জন্য জ্বালানি সহায়তা প্রোগ্রাম;
- নারী, শিশু ও কিশোর-কিশোরী (WIC);
- Department of Health and Mental Hygiene এবং HSCRC কর্তৃক হাসপাতালে বিনামূল্যে চিকিৎসার জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত অন্যান্য আয়-ভিত্তিক সামাজিক পরিষেবা প্রোগ্রাম।

11. রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতার প্রত্য্যখ্যানের বিজ্ঞপ্তি প্রাপ্তির চৌদ্দ (14) ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে সংস্থাকে অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করে প্রত্য্যখ্যান পুনর্বিবেচনার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। চূড়ান্ত সিদ্ধান্তের জন্য সকল আপিল সংস্থা কর্তৃক পর্যালোচনা করা হবে। যদি চূড়ান্ত সিদ্ধান্তে আর্থিক সহায়তা প্রদানের পূর্ববর্তী প্রত্য্যখ্যান বহাল থাকে তবে রোগীকে লিখিতভাবে জানানো হবে। আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা সংক্রান্ত সংস্থার সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে রোগী এবং তাদের পরিবারের আপিল করার প্রক্রিয়াটি নিম্নরূপ:

- হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা প্রত্য্যখ্যান পত্রের মাধ্যমে রোগীদেরকে আর্থিক সহায়তার জন্য অযোগ্যতার বিষয়ে অবহিত করা হবে। রোগী বা পরিবারবর্গ আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপিল করতে চাইলে 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229 ঠিকানায় Patient Financial Services-এর কাছে লিখিতভাবে যোগাযোগ করতে পারেন।
- সকল আপিল সংস্থার আর্থিক সহায়তা আপিল কমিটি দ্বারা বিবেচনা করা হবে এবং কমিটির সিদ্ধান্ত আপিলকারী রোগী বা পরিবারকে লিখিতভাবে পাঠানো হবে।
- মেরিল্যান্ডের Health Education Advocacy Unit (HEAU) রোগীকে পুনর্বিবেচনার আবেদন দাখিল ও মধ্যস্থতার ক্ষেত্রে সহায়তা করার জন্য উপলব্ধ রয়েছে। রোগী নিম্নলিখিত উপায়ে HEAU-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারবেন:

³COMAR .26 (A-2)(8) এবং মেরিল্যান্ড সংবিধি ধারা 19-213-1(b)(8)(ii) অনুসারে অবসরকালীন সম্পদ, যেগুলিকে IRS অবসরকালীন অ্যাকাউন্ট হিসাবে অগ্রাধিকারমূলক কর সুবিধা প্রদান করেছে যার মধ্যে অভ্যন্তরীণ রাজস্ব কোডের অধীনে যোগ্যতাসম্পন্ন বিলম্বিত-ক্ষতিপূরণ পরিকল্পনা বা অযোগ্য বিলম্বিত-ক্ষতিপূরণ পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, সেগুলি সম্পদ পরীক্ষা থেকে বাদ দেওয়া হবে।

Office of the Attorney General
 Consumer Protection Division
 Health Education and Advocacy
 Unit 200 St. Paul Place, 16th Floor
 Baltimore, MD 21202
heau@oag.state.md.us
 (877) 261-8807 টোল-ফ্রি ফোন
 (410) 576-6571 ফ্যাসিমাইল
<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>

আর্থিক সহায়তার জন্য অযোগ্য রোগীদের জন্য অন্যান্য সহায়তা (শুধু হাসপাতাল-বহির্ভূত পরিষেবার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

যেসব রোগী উপরে বর্ণিত আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য নন তারাও সংস্থা কর্তৃক প্রদত্ত অন্যান্য ধরনের সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। সম্পূর্ণতার স্বার্থে এই অন্যান্য ধরনের সহায়তাগুলি এখানে তালিকাভুক্ত করা হয়েছে যদিও সেগুলি প্রয়োজন-ভিত্তিক নয় এবং 501(r) এর আওতাভুক্ত করার উদ্দেশ্যে নয় তবুও সংস্থা কর্তৃক সেবাপ্রাপ্ত কমিউনিটির সুবিধার জন্য এখানে অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

1. Seton Imaging, Lab Outreach বা Professional Services-এ পরিষেবা গ্রহণকারী যেসব বীমাবিহীন রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য নন তাঁদেরকে সেই প্রতিষ্ঠানের সর্বোচ্চ অর্থ প্রদানকারীকে দেওয়া ছাড়ের ভিত্তিতে একটি ছাড় প্রদান করা হবে। সর্বোচ্চ অর্থ প্রদানকারীকে অবশ্যই সংখ্যা বা মোট রোগীর রাজস্বের নিরিখে প্রতিষ্ঠানের মোট জনসংখ্যার কমপক্ষে 3%-এর অন্তর্ভুক্ত হতে হবে। যদি কোনো একক পরিশোধকারী এই ন্যূনতম পরিমাণ লেনদেনের হিসাব পূরণ না করে তবে একাধিক পরিশোধকারীর চুক্তির গড় করতে হবে যাতে গড় করার জন্য ব্যবহৃত অর্থপ্রদানের শর্তাবলী সেই নির্দিষ্ট বছরে সংস্থার মোট ব্যবসার পরিমাণের অন্তত 3% পূরণ করে।

আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীদের ক্ষেত্রে চার্জের সীমাবদ্ধতা

1. আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীদের কাছ থেকে জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য AGB এর চেয়ে বেশি এবং অন্য সকল চিকিৎসার জন্য মোট খরচের চেয়ে বেশি চার্জ করা হবে না। সংস্থাটি 501(r) অনুসারে 'লুক-ব্যাক' পদ্ধতি ব্যবহার করে এবং Medicare ফি-ফর-সার্ভিস এবং সংস্থাকে দাবি পরিশোধকারী সমস্ত বেসরকারি স্বাস্থ্য বীমাকারীদের অন্তর্ভুক্ত করে এক বা একাধিক AGB শতাংশ গণনা করে। AGB গণনার বিবরণ এবং শতাংশের (শতাংশসমূহের) একটি বিনামূল্যের কপি সংস্থার ওয়েবসাইট থেকে বা 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229 ঠিকানায় Patient Financial Services-এর কাছে লিখিতভাবে/সশরীরে যোগাযোগ করে সংগ্রহ করা যেতে পারে।

আর্থিক সহায়তা ও অন্যান্য সহায়তার জন্য আবেদন করা

একজন রোগী অনুমানমূলক স্কেরিংয়ের মাধ্যমে যোগ্যতা অর্জন করে বা একটি সম্পূর্ণ FAP আবেদনপত্র জমা দিয়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করার মাধ্যমে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। FAP আবেদনপত্র এবং আবেদনের নির্দেশাবলী সংস্থার ওয়েবসাইটে বা Patient Financial Assistance-এ 1-667-234-2140 নম্বরে ফোন করে পাওয়া যাবে। হাসপাতাল জুড়ে বিভিন্ন রেজিস্ট্রেশন কেন্দ্রেও FAP আবেদনপত্র পাওয়া যায়। আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্যতা অর্জনের জন্য সংস্থাটি বীমাবিহীন ব্যক্তিদের Medicaid বা অন্যান্য সরকারি সহায়তা প্রোগ্রামে আবেদন করার জন্য একজন আর্থিক পরামর্শদাতার সাথে কাজ করতে বলবে যেগুলোর জন্য রোগীকে সম্ভাব্য যোগ্য বলে মনে করা হয় (তবে অনুমানমূলক স্কেরিংয়ের মাধ্যমে যোগ্য ও অনুমোদিত হলে তা প্রযোজ্য হবে না)। কোনো রোগীকে আর্থিক সহায়তা থেকে বঞ্চিত করা হতে পারে যদি তিনি FAP আবেদনপত্রে বা প্রাক-মূল্যায়ন যোগ্যতা নির্ধারণ প্রক্রিয়ার সাথে সম্পর্কিত বিষয়ে মিথ্যা তথ্য প্রদান করেন, যদি তিনি বীমার অর্থ বা প্রদত্ত সেবার জন্য অর্থ প্রদানে বাধ্য এমন কোনো বীমা কোম্পানির কাছ থেকে সরাসরি অর্থ পাওয়ার অধিকার হস্তান্তর করতে অস্বীকার করেন বা যদি তিনি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা অর্জনের উদ্দেশ্যে Medicaid বা অন্যান্য সরকারি সহায়তা প্রোগ্রামের জন্য আবেদন করতে কোনো আর্থিক পরামর্শদাতার সাথে কাজ করতে অস্বীকার করেন যেগুলোর জন্য তাকে সম্ভাব্য যোগ্য বলে মনে করা হয় (প্রাক-মূল্যায়নের মাধ্যমে যোগ্য ও অনুমোদিত হওয়া ব্যতীত)। সংস্থাটি বর্তমান চিকিৎসা পর্বের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের ক্ষেত্রে যোগ্যতা নির্ধারণের তারিখের ছয় মাসেরও কম সময় আগে পূরণ করা কোনো FAP আবেদনপত্র

বিবেচনা করতে পারে। সংস্থাটি যোগ্যতা নির্ধারণের কোনো তারিখের ছয় মাসেরও বেশি আগে পূরণ করা কোনো FAP আবেদনপত্র বিবেচনা করবে না।

বিলিং এবং সংগ্রহ

অর্থ পরিশোধ না করার ক্ষেত্রে সংস্থাটি যে সকল পদক্ষেপ গ্রহণ করতে পারে তা একটি পৃথক বিলিং এবং সংগ্রহ নীতিমালায় বর্ণনা করা হয়েছে। বিলিং এবং সংগ্রহ নীতির একটি বিনামূল্যের কপি সংস্থার ওয়েবসাইট থেকে বা 1-667-234-2140 নম্বরে Patient Financial Services-এর সাথে যোগাযোগ করে সংগ্রহ করা যেতে পারে।

ব্যখ্যা

এই নীতিমালা সকল প্রযোজ্য কার্যপ্রণালী সহ 501(r) ধারা মেনে চলার উদ্দেশ্যে প্রণীত হয়েছে এবং বিশেষভাবে নির্দেশিত ক্ষেত্র ব্যতীত সেই ধারা অনুযায়ী এর ব্যখ্যা ও প্রয়োগ করা হবে।

Ascension Saint Agnes

আর্থিক সহায়তা নীতিমালার আওতাভুক্ত প্রোভাইডারদের তালিকা

1 জুলাই 2025 অনুযায়ী

হাসপাতাল সুবিধার মধ্যে প্রদান করা জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার কোন কোন প্রোভাইডার আর্থিক সহায়তা নীতি (FAP)-এর আওতাভুক্ত তা নিচের তালিকায় উল্লেখ করা হয়েছে। **অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে যেকোনো সেবা যা জরুরি নয় এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয় তালিকাটি FAP-এর আওতাভুক্ত নয়।**

(FAP)-এর আওতাভুক্ত প্রোভাইডার	(FAP)-এর আওতাভুক্ত নয় এমন প্রোভাইডার
Seton Medical Group Ascension Medical Group Integrated Specialist Group Saint Agnes Medical Group Vituity CEP America	ABDELAZIM,SUZANNE A D.O. ABDELHADY,HEIDI MD ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD ABERNATHY,THOMAS MD ADAMS,SCOTT MD ADDO M.D.,RICHARD O ADIB,FARSHAD MD AFZAL,MUHAMMAD MD AHLUWALIA,GURDEEP S MD AHMED,AZRA MD AHUJA,NAVNEET K MD AKABUDIKE,NGOZI M MD AKHTAR,YASMIN DO AKHTER,NABEEL M M.D. ALBRECHT,ROBERT A MD AL BULUSHI,YARAB M MD ALEBDI,THAMER A MD ALEX,BIJU K MD ALI,LIAQAT MD ALI,PREETHA MD ALLEN,DANISHA MD ALLISON,MICHAEL G. MD ALONSO,ADOLFO M MD AMDEMICHAEL,EDEN T MD AMERI,MARIAM MD AMIN,SHAHRIAR MD ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD ANDRADE,JORGE R MD ANSARI,MOHSIN MD APGAR,LESLIE MD APOSTOLIDES,GEORGE Y MD ARCHER,CORRIS E MD ARIAS VILLELA,NATALIA MD ARSHAD,RAJA R MD ASHLEY JR,WILLIAM W MD AVERBACH,ANDREW M MD

AWAN,HASAN A MD
AWAN,MATEEN A MD
AZIE,JULIET C MD
AZIZ,SHAHID MD
BAJAJ,BHAVANDEEP MD
BAJAJ,HARJIT S MD
BAKER,CHRISTINE M MD
BAKER,MARTHA MD
BANEGURA,ALLEN T MD
BARBOUR,WALID K MD
BASKARAN,DEEPAK MD
BASKARAN,SAMBANDAM MD
BASTACKY,DAVID C DMD
BEHRENS,MARY T MD
BELTRAN,JUAN A MD
BENVENUTO,VICTOR MD
BERGER,LESLY MD
BERHIE,WONDAFEREW A M.D.
BERKENBLIT,SCOTT I MD
BERNIER,MEGHAN M.D.
BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD
BHARGAVA,NALINI MD
BHASIN,SUSHMA MD
BHATTI,NASIR I MD
BLAM,OREN G MD
BODDETI,ANURADHA MD
BOYKIN,DIANE MD
BRAMLETTE,JAMES MD
BRITT,CHRISTOPHER J MD
BROGDON,LINDA E MD
BROOKLAND,ROBERT K M.D.
BROUILLET, JR.,GEORGE H MD
BROWN,JACQUELINE A MD
BURN,SEAN D MD
CAHILL,EDWARD H MD
CALLAHAN,CHARLES W DO
CARPENTER,MYLA MD
Carrodegua,Emmanuel MD
CARTER,MIHAELA M.D.
CHAKRAVORTY,DEVI MD
CHANG,HENRY MD
CHATTERJEE,CHANDANA MD
CHECCA,MARISA M.D.
CHEIKH,EYAD MD
CHEN,ZHAOMING MD
CHEUNG,AMY M MD

CHINSKY,JEFFREY M MD
CHOUDHRY,SHABBIR A MD
CHRISTOPHER,KATINA S MD
CLONMELL,DIANE J LCPC
COHEN GLICKMAN,KAREN MD
COHEN,GORDON MD
COLANDREA,JEAN MD
COSENTINO,ENZO MD
CROWLEY,HELENA M MD
CRUZ,MARCOS J. M.D.
CURTIS,CHARLES MD
CURTIS,LAUREN MD
DA SILVA,MONICA L MD
DAVALOS,JULIO MD
DAVIS,NNEKA N DMD
DAVIS ROLAND,LASHEA MD
DEBORJA,LILIA L MD
DEJARNETTE,JUDITH MD
DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS
DELLABADIA JR,JOHN MD
DEOL,DILRAJ MD
DESAI,KIRTIKANT I MD
DESAI,MONALI Y MD
DESAI,SHAUN C MD
DIAZ-MONTES,TERESA P MD
DIB,SALIM I MD
DICKSTEIN,RIAN MD
DIDOLKAR,MUKUND S MD
DOHERTY,BRENDAN MD
DORIA,JOSEPH W M.D.
DOVE,JOSEPH DPM
Drescher,Max MD
DROSSNER,MICHAEL N MD
DAULAT,WENDY C DDS
DUA,VINEET MD
DUBOIS,BENJAMIN MD
DUNNE,MEAGAN MD
DUONG,BICH T MD
DURST,GEORGE A MD
DUSON,SIRA M MD
DZIUBA,SYLWESTER MD
EGERTON,WALTER E MD
EISENMAN,DAVID J MD
ENELOW,THOMAS MD
ENGLUM,BRIAN R MD
EPSTEIN,DAVID K MD

ERAS,JENNIFER L MD
ERINNE,IKENNE C MD
FALCAO,KEITH D MD
FATTERPAKER,ANIL MD
FELTON,PATRICK M. DPM
FERNANDEZ,RODOLFO E MD
FILDERMAN,PETER S MD
FLOYD,DEBORA M LCPC
FONG,NEPHENTHE I MD
FOSTER,SARA J MD
FRAYHA,NEDA MD
FRAZIER,TIMOTHY S MD
FREEMAN,SARAH E MD
FUGOSO,VALERIANO P MD
FUSSNER,STEVEN L. M.D.
GABLE,ASHLEY D MD
GABLE,NICOLE J MD
GALITA,OLIVER C MD
GANGALAM,AJAY B M.D.
GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA
GARCIA,PABLO MD
GARDNER,JONATHAN D. M.D.
GARG,AKASH MD
GARG,PRADEEP MD
GELFMAN,DANIEL M MD
GEORGIA,JEFFREY MD
GERSH,STEVEN DPM
GERSTENBLITH,DANIEL DPM
GIARDINA,VITO N DPM
GILLILAN,RONALD E MD
GLASER,STEPHEN R MD
Glenn,George MD
GOBRIAL,EVEIT E MD
GOFF,DANIEL J MD
GOLDMAN,MICHAEL H MD
GOMA,MONIQUE L MD
GORMLEY,PAUL E MD
GRAHAM, JR.,CHARLES R MD
GREENE,CAROL L MD
GREEN-SU,FRANCES M MD
GRIFFITHS,DIANA H MD
GROSSO,NICHOLAS MD
GRUNEBERG,SHERRI L MD
GUARDIANI,ELIZABETH A MD
GUPTA,DEEPAK MD
GURAN,LARISSA M.D.

GURETZKY,TARA MD
GURSKY,ANDREI MD
HABIB,FADI M.D.
HALL,LAHAINA MD
HANSEN,CHRISTIAN H MD
HAQUE,MAHMUDUL MD
HARBIN,ANDREW MD
HAROUN,RAYMOND I MD
HASAN,KAAZIM
HASAN,NAVEED MD
HATTEN,KYLE M MD
HAYWARD,GERALD MD
HEBERT,ANDREA M MD
HENNESSY,ROBERT G MD
HENRY,GAVIN MD
HICKEN,WILLIAM J MD
HILLSLEY,RUSSELL E MD
HILL,TERRI MD
HOCHULI,STEPHAN U MD
HOFFLER,HAYDEN L DPM
HUDES,RICHARD MD
HUNDLEY,JEAN C MD
HUSAIN,SUMAIR M. MD
HYSLOP,ANI MD
IM,DWIGHT D MD
IMIRU,ABEBE MD
INCE,CARLOS MD
ISAIAH,AMAL MD
IWEALA,UCHECHI A MD
JABLONOVER,MICHAEL M.D.
JACKSON,PRUDENCE MD
JACOB,ASHOK C MD
JACOBS,MARIANNE B DO
JANZ,BRIAN A MD
JENNINGS,SHANNON M MD
JOHNSON,GLEN E MD
JOHNSON,GERGORY L MD
JOHNSON,KELLY MD
JULKA,SURJIT S MD
KAHL,LAUREN MD
KALRA,KAVITA B MD
KANTER,MITCHEL A MD
KANTER,WILLIAM R MD
KAUFMAN,ADAM C M.D.
KHANJAR,SAMIR MD
KHAN,JAVEED MD

KHAN,MOHAMMAD MD
KHAN,RAO A MD
KHULPATEEA,BEMAN R MD
KHURANA,ARUNA Y MD
KILMORE,DONNA L MSW
Kim,Eric S MD
KIM,LISA MD
KIM,SOON JA MD
KLEBANOW,KENNETH M MD
KLEINMAN,BENJAMIN DPM
KOPACK,ANGELA M MD
KORGAONKOR,SONAL MD
KOWDLEY,GOPAL C MD
KRUPNICK,ALEXANDER S MD
KUHN,FREDERICK MD
KUMAR,AJAY V. MD
KUMAR,RAMESH MD
KUPPUSAMY,TAMIL S MD
KYERE M.D.,SAMPSON A
LALA,PADMA M MD
LANCELOTTA,CHARLES J MD
LANDIS,JEFFREY T MD
LANDRUM,B. MARK MD
LANDRUM,DIANNE J MD
LANDSMAN,JENNIFER MD
LANE,ANNE D MD
LANGER,KENNETH F MD
LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A
LAVIE,THOMAS J MD
LEBLANC,DIANA M.D.
LEE,DANA M MD
LEVIN,BRIAN M MD
LEVY,DAVID MD
LIN,ANNIE Z MD
LING,CAROLINE M MD
LIPTON,MARC DPM
LI,ROBIN Z MD
LIU,JIA MD
LOBERT,PHILIP F MD
LONG,ADRIAN E MD
LOSHAKOV,VADIM MD
LOTLIKAR,JEFFREY P MD
LOWDER,GERARD M MD
LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D.
LUTZ,MELISSA R MD
MABRY,CASEY H MD

MACIEJEWSKI,SHARON PT
MADDEN,JOSHUA S MD
MAKONNEN,ZELALEM MD
MALLALIEU,JARED DO
MALONEY,PATRICK MD
MAMO,GEORGE J MD
MANDIR,ALLEN S MD
MARK, TIFFANY MD
MARTINEZ MORALES,ANDY J MD
MARTINEZ,ANTHONY MD
MASON,KAREN T MD
MASTERSON,JAMES MD
MATSUNAGA,MARK T MD
MAUNG,TIN O MD
MAYO,LINDA D OTS
MCCARUS,DAVID MD
MCCORMACK,SHARON J MD
MEDWIN,IRINA MD
MEININGER,GLENN R MD
MENDHIRATTA,NEIL MD
MENDIOLAZA,JESUS M.D.
METZGER,DIANA MD
MILLER,KAREN J MD
MILLER,PAUL R MD
MILLER,RACHAEL B MD
MINAHAN,ROBERT E M.D., JR
MISKI,PINAR MD
MITCHELL,ANTHONY L M.D.
MITCHERLING,JOHN J DDS
MITCHERLING,WILLIAM W DDS
MOGHBELI,HOMAYOON MD
MOORE,JAMES T MD
MOORE,ROBERT F M.D.
MORRIS,RODETTA MD
MUMTAZ,M. ANWAR MD
MUNIRA,SIRAJUM MD
MURPHY,ANNE MD
MURTHY,KALPANA MD
MYDLARZ,WOJCIECH MD
NAKAZAWA,HIROSHI MD
NALLU,ANITHA M.D.
NARAYEN,GEETANJALI MD
NEMATI,VAHAB MD
NEUNER,GEOFFREY MD
NEUZIL,DANIEL F MD
NILES JR,JOHN H

NOKURI,SAMUEL MD
NOUR,SEEMA M.D.
NWODIM,CHUKWUEMEKA MD
O'BRIEN,CAITLIN MD
O'CONNOR,MEGHAN P MD
ODUYEBO,TITILOPE M.D.
OLLAYOS,CURTIS MD
OTTO,DAVID I MD
OTTO,JAMES MD
OWENS,KERRY MD
OWUSU-ANTWI,KOFI MD
PAIVANAS,BRITTANY M MD
PARDI,MARIA MD
PARISI,CHRISTINA A MD
PARK,CHARLES MD
PATEL,ALPEN MD
PATEL,ANOOP MD
PERVAIZ,KHURRAM MD
PETERSON,ANALETA N MD
PETERS,MATTHEW N MD
PETIT,LISA MD
PHILLIPS JR,GREGORY D MD
PIEPRZAK,MARY A MD
PIROUZ,BABAK MD
PLANTHOLT,STEPHEN J MD
POLSKY,MORRIS B MD
POON,THAW MD
POWELL,HARTAJ K MD
PRESTI,MICHAEL S DPM
PULLMANN,RUDOLF MD
PUNTENNEY,ELIZABETH A MD
PURDY,ANGEL MD
QURESHI,JAZIBETH A MD
RAHMAN,ARMINA
RAIKAR,RAJESH V MD
RAJA,GEETHA MD
Ramaseshan,Aparna S MD
RAMOS,ALBERTO R MD
RANKIN,ROBERT MD
RAVENDHRAN,NATARAJAN MD
REDDY,ANURADHA MD
REED,ANN MD
REHMAN,MALIK A MD
REILLY,CHRISTINE MD
REINER,BARRY J MD
RICHARDSON,JAMES P MD

RICHARDSON,LEONARD A MD
RITTER,CAROL E MD
ROBERTSON,KAISER MD
RODRIGUEZ,ISMAEL MD
ROTH,JOHN DPM
ROTTMANN,EVA I DO
RUSSELL,JONATHON O MD
RYU,HYUNG MD
SABAHI,HANI S
SABOURY SICHANI,BABAK MD
SAIEDY,SAMER MD
SAINI,ANJALI MD
SAINI,RUMNEET K MD
SAKIANI,SANAZ MD
SALAS,LOUIS MD
SALENGER,RAWN V MD
SALIM,MUBADDA MD
SALVO,EUGENE C MD
SANDERSON,SEAN O M.D.
SANDHU,RUPINDER MD
SANGHAVI,MILAN MD
SANTOS,MARIA L MD
SARDANA,NEERAJ MD
SARKAR,RAJABRATA MD
SAVAGE,ANGELA Y DPM
SAYERS,RONALD M MD
SCHAUBLIN,GREG A.
SCHNEYER,MARK MD
SCHULTHEISS,KIM E M.D.
SCHWEITZER,EUGENE M.D.
SCURRY,TANYA MD
SEIBEL,JEFFREY L MD
SEKICKI,VUK MD
SETYA,VINEY R MD
SHAH,RAJESH M MD
SHAHROUKI,PUJA MD
SHAH,SEJAL MD
SHAIKH,NAOMI N MD
SHAPIRO,ANNE M PHD
SHAPIRO ,BRUCE K
SHAW,COREY DO
SHORTS,ALISON MSCCC-SLP
SHUSTER,JERI MD
SILBER,GLENN MD
SILBER,MOLLY H MD
SILHAN,LEANN MD

SILVERSTEIN,SCOTT MD
SIMLOTE,KAPIL MD
SIMMONS,SHELTON MD
SIMO,ARMEL MD
SINGH,GURTEJ MD
SINGH,NOVIA DO
SINNO,FADY MD
SIZAR,OMEED D.O.
SKLAR,GEOFFREY MD
SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD
SMITH,BRANDON M MD
SMITH,DENNIS MD
SMITH,RACHELLE MD
SMITH,WARREN J MD
SNOW,GRACE E MD
SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD
SOLOMON,MISSALE MD
SOMSEN,DAVID H MD
SPIOTTO,ERNEST MD
SRIVALI,NARAT MD
STAUBER,ZIVA Y MD
STERN,MELVIN S MD
STEWART,SHELBY J MD
STRAUCH,ERIC MD
SUNDEL,ERIC M.D.
Subei,Mhd O MD
SURMAK,ANDREW J MD
SWANTON,EDWARD MD
SWETT,JEFFREY T DO
SYDNEY,SAM V MD
TAGHIZADEH,MAAKAN MD
TAN,SIMON S MD
TANSINDA,JAMES MD
TAYLOR,RODNEY J MD
THOMAS,MICHELLE D M.D.
THOMAS,RADCLIFFE MD
THOMPSON III,WILLIAM R MD
TIBUAKUU,MARTIN M.D.
TOLLEY,MATTHEW DPM
TUCHMAN,DAVID N MD
TURAKHIA,BIPIN K MD
TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD
TWIGG,AARON MD
UDOCHI,NJIDEKA MD
VAKHARIA,KALPESH T MD
VALLECILLO,JORGE MD

VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD
VIGIOLA CRUZ,MARIANA MD
VITHANA,RUKMALEE E MD
VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC
VYAS,RITU MD
WAHEED,USMAN MD
WALLACE,MICHAEL MD
WALTROUS,JUSTIN D MD
WARDEN,MARJORIE K MD
WHIPPS,RANDOLPH G MD
WHITE,PATRICK W MD
WILLIAMS,SAMUEL R MD
WINAKUR,SHANNON MD
WOLF,JEFFREY S MD
WORMSER,BENJAMIN K MD
XIE,KE MD
YIM,KENNETH MD
ZADE,RALPH MD
ZHANG,LINDY MD
ZHAO,JUN MD
ZHU,WEIMIN MD
ZUNIGA,LUIS M MD

Ascension Saint Agnes

সাধারণত বিল করা পরিমাণ গণনা

07/01/2024

Ascension Saint Agnes দুটি AGB শতাংশ গণনা করে – একটি হাসপাতাল ফ্যাসিলিটি চার্জের জন্য এবং অন্যটি পেশাগত ফি-এর জন্য – উভয় ক্ষেত্রেই “লুক-ব্যাক” পদ্ধতি ব্যবহার করে এবং Medicare ফি-ফর-সার্ভিস ও সংস্থাকে দাবি পরিশোধকারী সমস্ত বেসরকারি স্বাস্থ্য বীমাকারীদের অন্তর্ভুক্ত করে, যা সবই IRS রেগুলেশন সেকশন অনুযায়ী করা হয়। 1.501(r)- 5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) এবং 1.501(r)-5(b)(3)(iii). সেই গণনা এবং AGB শতাংশের বিশদ বিবরণ নিচে বর্ণনা করা হলো।

Ascension Saint Agnes-এর জন্য AGB শতাংশ নিম্নরূপ:

হাসপাতাল পরিষেবা চার্জের জন্য AGB: 89.4%

চিকিৎসকদের পেশাগত ফি-এর জন্য AGB: 54.9%

Medicare ফি-ফর-সার্ভিস এবং হাসপাতালকে অর্থ প্রদানকারী সমস্ত বেসরকারি স্বাস্থ্য বীমাকারী সংস্থা কর্তৃক অনুমোদিত জরুরি ও অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য করা সমস্ত দাবির (প্রতিষ্ঠানের চার্জ এবং পেশাগত সেবার জন্য আলাদাভাবে) মোট পরিমাণকে সেই দাবিগুলোর সংশ্লিষ্ট মোট চার্জের সমষ্টি দ্বারা ভাগ করে এই AGB শতাংশগুলো গণনা করা হয়। AGB নির্ধারণের উদ্দেশ্যে শুধু সেই দাবিগুলোই ব্যবহার করা হয়, যেগুলো AGB গণনার পূর্ববর্তী 12 মাসের সময়কালে কোনো স্বাস্থ্য বীমাকারী কর্তৃক অনুমোদিত হয়েছিল (পূর্ববর্তী 12 মাসে প্রদত্ত সেবার সাথে সম্পর্কিত দাবিগুলো নয়)।

*পূর্বোক্ত AGB গণনা সত্ত্বেও Ascension Saint Agnes হাসপাতাল ফ্যাসিলিটি চার্জের জন্য নিম্নরূপ একটি নিম্নতর AGB শতাংশ প্রয়োগ করার সিদ্ধান্ত নিয়েছে:

AGB: 88.2%

Ascension Saint Agnes

Ascension Saint Agnes, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach, Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional Services

আর্থিক সহায়তা নীতিমালার সারসংক্ষেপ

উপরে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় সহ Ascension Saint Agnes প্রতিটি ব্যক্তির মর্যাদার প্রতি প্রতিশ্রুতিবদ্ধ এবং সম্মান করে বিশেষ করে যারা স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা পেতে বাধার সাথে লড়াই করে তাদের জন্য। Ascension Saint Agnesর পুরো কমিউনিটির পরিষেবা হিসাবে তার স্বাস্থ্যসেবা সংস্থানগুলি পরিচালনা করার জন্য সমান প্রতিশ্রুতি রয়েছে। এই নীতিগুলির অগ্রগতির জন্য Ascension Saint Agnes এমন নির্দিষ্ট ব্যক্তিদের জন্য আর্থিক সহায়তা সরবরাহ করে যারা Ascension Saint Agnes-এর কাছ থেকে জরুরি বা অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবা গ্রহণ করে। এই সারসংক্ষেপটি Ascension Saint Agnes-এর আর্থিক সহায়তা নীতির একটি সংক্ষিপ্ত বিবরণ সরবরাহ করে।

কে যোগ্য?

আপনি যদি Arbutus/Halethorpe 21227, Brooklyn/Linthicum 21225, 21090, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223,21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043, 21042, Columbia 21044, 21045-এ বসবাস করেন তবে আপনি আর্থিক সহায়তা পেতে পারেন। আর্থিক সহায়তা সাধারণত ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার তুলনায় আপনার মোট পারিবারিক আয়ের উপর নির্ভর করে নির্ধারিত হয়। পরিষেবা গ্রহণের সময় এবং বিল ইস্যু করার পরবর্তী 240 দিন পর্যন্ত আপনার আয় যদি ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 250% বা তার কম হয় তবে আপনি চার্জের যে অংশের জন্য দায়ী তার উপর 100% চ্যারিটি কেয়ার রাইট-অফ পেতে পারেন। যদি আপনার আয় ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 250% এর উপরে হয় কিন্তু ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 500% এর বেশি না হয় তাহলে আপনি স্লাইডিং স্কেলে বা একটি অর্থ পরীক্ষার উপর ভিত্তি করে ছাড়ের হার পেতে পারেন। যদি আপনার জরুরি এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় চিকিৎসার জন্য ঋণ থাকে যা আপনার আয়ের চেয়ে বেশি হয় তাহলে আপনি ছাড়ের জন্য যোগ্য হতে পারেন। যদি আপনার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার আয়ের 250% এর বেশি সম্পদ থাকে তাহলে আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য নাও হতে পারেন। আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীদের কাছ থেকে হাসপাতালের মার্ক-আপ বাদ দিয়ে বা বীমা কভারেজধারী রোগীদের সাধারণত বিল করা পরিমাণের মধ্যে যে পরিমাণ কম হয় তার চেয়ে বেশি চার্জ নেওয়া হবে না।

লিখিত অনুমান।

রোগীদের হাসপাতালের অ-জরুরি পরিষেবা, পদ্ধতি এবং সরবরাহের জন্য মোট চার্জের একটি লিখিত অনুমান অনুরোধ করার এবং গ্রহণ করার অধিকার থাকবে যা যুক্তিসঙ্গতভাবে হাসপাতাল কর্তৃক পেশাদার পরিষেবার জন্য সরবরাহ করা হবে বলে আশা করা হয়।

কোন পরিষেবাগুলি আওতাভুক্ত?

আর্থিক সহায়তা নীতি জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। চিকিৎসকের খরচ হাসপাতাল বিলে অন্তর্ভুক্ত থাকে না এবং আলাদাভাবে বিল করা হবে। এই শর্তাবলী আর্থিক সহায়তার নীতিমালায় সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে। অন্য সমস্ত সেবা আর্থিক সহায়তা নীতির আওতাভুক্ত নয়।

আমি কিভাবে আবেদন করতে পারি?

আর্থিক সহায়তার আবেদন করার জন্য আপনাকে সাধারণত একটি লিখিত আবেদনপত্র পূরণ করতে

হবে এবং আর্থিক সহায়তা নীতি এবং আর্থিক সহায়তা নীতি আবেদনে বর্ণিত সহায়ক নথিপত্র প্রদান করতে হবে। আবেদনের জন্য অনুগ্রহ করে 667-234-2140 নম্বরে যোগাযোগ করুন।

আবেদনের জন্য আমি কীভাবে সহায়তা পেতে পারি?

আর্থিক সহায়তা নীতিমালার আবেদনের ক্ষেত্রে সহায়তার জন্য আপনি Patient Financial Services-এর সাথে 667-234-2140 নম্বরে Maryland Medical Assistance-এর সাথে 1-855-642-8572 নম্বরে বা ইন্টারনেটে www.dhr.state.md.us ঠিকানায় বা আপনার স্থানীয় সমাজসেবা বিভাগের সাথে ফোনে 1-800-332-6347 নম্বরে TTY: 1-800-925-4434 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

আমি কিভাবে আরও তথ্য পেতে পারি?

আর্থিক সহায়তার নীতিমালা এবং আর্থিক সহায়তা নীতিমালার আবেদনপত্রের কপি

<https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> এবং 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229-তে Patient Financial Services Department-এ পাওয়া যাবে। আর্থিক সহায়তা নীতিমালা এবং আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্রের বিনামূল্যের কপি 667-234-2140 নম্বরে Patient Financial Services Department-এ যোগাযোগ করে ডাকযোগেও সংগ্রহ করা যাবে। আপনি Maryland's Health Education Advocacy Unit-এর সাথেও যোগাযোগ করতে পারেন:

200 St. Paul Place, 16th Floor, Baltimore, MD 21202

heau@oag.state.md.us

1-877-261-8807

ফ্যাক্স 410-576-6571

<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>

আমি যদি যোগ্য না হই তবে কী হবে?

যদি আপনি আর্থিক সহায়তা নীতির অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য না হন তাহলে আপনি অন্য ধরনের সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229-এ Patient Financial Services Department-এর সাথে বা 667-234-2140 নম্বরে টেলিফোনে যোগাযোগ করুন।

আর্থিক সহায়তা নীতি, আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র এবং নির্দেশাবলীর অনুবাদ এবং এই সরল ভাষায় সারসংক্ষেপ আমাদের ওয়েবসাইটে এবং অনুরোধের ভিত্তিতে নিম্নলিখিত ভাষাগুলিতে পাওয়া যাবে:

আরবি,
বার্মিজ
চাইনিজ
(সরলীকৃত),
চাইনিজ
(ঐতিহ্যগত)
ইংরাজি
ফরাসি,
গুজরাটি,

ইতালীয়,
কোরিয়ান,
রাশিয়ান,
স্প্যানিশ,
তাগালগ,
উর্দু,
ভিয়েতনামি



Ascension

সমর্থনপত্র

রোগীর মেডিকেল রেকর্ড নম্বর/অ্যাকাউন্ট নম্বর _____

সমর্থকের নাম _____

রোগী/আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক _____

সমর্থকের ঠিকানা _____

Ascension-এর বরাবরে:

এই চিঠির মাধ্যমে জানানো যাচ্ছে যে (রোগীর নাম) _____-এর আয় প্রায় নেই বললেই চলে এবং আমি তার জীবনযাত্রার খরচ মেটাতে সহায়তা করছি। আমার প্রতি তার কোনো দায়বদ্ধতা নেই বললেই চলে।

এই বিবৃতিতে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি সম্মতি দিচ্ছি যে প্রদত্ত তথ্য আমার সর্বোত্তম জ্ঞানমতে সত্য।

সমর্থকের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____



Ascension

[Date]

প্রিয় রোগী/আবেদনকারী,

Ascension সহানুভূতি প্রদর্শন করে এবং সকলের জন্য—বিশেষ করে যাদের সবচেয়ে বেশি প্রয়োজন তাদের জন্য ব্যক্তিগতকৃত সেবা প্রদানে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। আমাদের রোগীদের আর্থিক সহায়তা প্রদান করা আমাদের মিশন এবং বিশেষাধিকারের অংশ। শুধু জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়া যাবে। আপনার এবং আপনার পরিবারের সকল স্বাস্থ্য সুরক্ষার 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 তিনটি বেতন স্লিপের কপি
- সর্বশেষ বার্ষিক ট্যাক্স রিটার্নের কপি (স্ব-কর্মসংস্থান সম্পন্ন হলে সমস্ত সিডিউল অন্তর্ভুক্ত করুন)
- সোশ্যাল সিকিউরিটি এবং/অথবা পেনশন রিটার্নসমেন্ট 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

আপনি যদি পরিবার বা বন্ধুদের কাছ থেকে সহায়তা পান বা তাদের সাথে একই বাড়িতে বাস করেন তাহলে অনুগ্রহ করে তাদেরকে “Letter of Support” লেবেলযুক্ত সংযুক্ত ফর্মটি পূরণ করতে বলুন। এর কারণে তারা আপনার চিকিৎসার খরচের জন্য দায়ী হবে না। এর মাধ্যমে দেখানো যাবে যে আপনি জীবনযাত্রার খরচ বহন করতে কতটা সক্ষম। আপনি যদি পরিবার ও বন্ধুদের কাছ থেকে কোনো সহায়তা না পান তাহলে আপনার Letter of Support ফর্মটি পূরণ করার প্রয়োজন নেই।

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

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে আবেদনপত্রটি বিবেচনার জন্য পূরণ করা আবেদনপত্র এবং আয়ের প্রমাণপত্র অবশ্যই জমা দিতে হবে। আমরা অসম্পূর্ণ আবেদনপত্র প্রক্রিয়া করতে 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 বা হাতে করে পৌঁছে দিন:

[STREET]

[SUITE]

[CITY, STATE ZIP]

এই আবেদনপত্রটি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে আমাদের একজন রোগী প্রতিনিধিকে xxx-xxx-xxxx নম্বরে ফোন করুন।

আন্তরিকভাবে,

Patient Financial Services

Ascension