

## আর্থিক সহায়তা নীতির সারাংশ

Yale New Haven Health বোঝে যে কিছু রোগীদের জন্য তাদের চিকিৎসা বিল পরিশোধ করা কঠিন হতে পারে। এই কারণেই সহায়তার জন্য আমাদের পরিকল্পিত বিভিন্ন আর্থিক সহায়তা প্রকল্প রয়েছে। রোগীদের একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করতে হবে এবং আর্থিক প্রয়োজন যাচাই করার জন্য অনুরোধকৃত ডকুমেন্ট প্রদান করতে হবে।

### বিনামূল্যে পরিচর্যা

**আপনি বিনামূল্যে পরিচর্যা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:**

- আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 2½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে; এবং
- আপনি একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করে থাকেন

### ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা

**আপনি ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:**

- আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 5½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে;
- আপনার বিমা নেই; এবং
- আপনি একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করে থাকেন

### স্নাইডিং স্কেল

**আপনি স্নাইডিং স্কেলের জন্য যোগ্য হতে পারেন যদি:**

- আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 5½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে;
- আপনি বিমাকৃত হন; এবং
- আপনি একটি আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করে থাকেন

## প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী

### প্রকল্পগুলির জন্য যোগ্যতা অর্জনের জন্য সর্বাধিক আয়ের সীমাগুলি কী কী?

প্রতিটি প্রকল্পের সর্বোচ্চ আয়ের সীমার বিস্তারিত জানার জন্য, দেখুন

[www.ynhhs.org/financialassistance/](http://www.ynhhs.org/financialassistance/)

### আর্থিক সহায়তার জন্য অন্য কোনো যোগ্যতা আছে কি?

আয়ের যোগ্যতা পূরণের পাশাপাশি, আপনার অবশ্যই বর্তমান বিল বা একটি নির্ধারিত অ্যাপয়েন্টমেন্ট থাকতে হবে এবং যোগ্যতা অর্জনের জন্য মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা বাসিন্দা হতে হবে।

### আর্থিক সহায়তার আওতায় কিসের সুবিধা পাওয়া যায়?

আমাদের আর্থিক সহায়তা প্রকল্পগুলি শুধুমাত্র Yale New Haven Health বিলের জন্য জরুরি এবং অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যার সুবিধা প্রদান করে। আওতাভুক্ত প্রদানকারীদের তালিকার একটি লিঙ্ক এখানে পাওয়া যাবে:

[www.ynhhs.org/financialassistance/](http://www.ynhhs.org/financialassistance/)

### আমি কতদিনের জন্য যোগ্য হব?

একবার বিনামূল্যের পরিচর্যা, ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা বা স্নাইডিং স্কেলের জন্য অনুমোদিত হলে, আপনি অনুমোদিত আবেদনের তারিখ থেকে 12 মাসের জন্য যোগ্য হবেন।

### আমার আবেদন অনুমোদিত হলে আমি কিভাবে জানব?

আমরা লিখিতভাবে প্রতিটি আবেদনের জবাব দেব। যদি আপনার আবেদন খারিজ করা হয়, তাহলে আপনি যেকোনো সময় পুনরায় আবেদন করতে পারবেন। বিনামূল্যের অতিরিক্ত বেড ফান্ড প্রতি বছর পাওয়া যায়।

### আমার আরও প্রশ্ন থাকলে আমি কার সাথে যোগাযোগ করতে পারি?

আরও জানতে, আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতি এবং আবেদনের একটি বিনামূল্যের কপি পান, অথবা একটি আবেদন সম্পূর্ণ করতে সাহায্যের জন্য, রোগীর আর্থিক এবং ভর্তি পরিষেবার সাথে 855-547-4584 নম্বরে যোগাযোগ করুন।

## প্রকল্পের অতিরিক্ত বিবরণ

### সীমিত বেড ফান্ড

যারা ফান্ডের মানদণ্ড পূরণ করে তাদের বিনামূল্যের বা ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা প্রদান করতে সীমিত বেড ফান্ড দান করা হয়েছে। আপনার বিল কমাতে বা বাদ দেওয়ার জন্য আপনি এই তহবিল পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন যদি আপনার একজন তহবিলের মনোনীতকারী দ্বারা নির্ধারণ অনুযায়ী স্পষ্ট আর্থিক চাহিদা থাকে এবং আপনি তহবিল পাওয়ার জন্য সমস্ত যোগ্যতার মানদণ্ড পূরণ করে থাকেন (প্রতিটি তহবিলের অনন্য মানদণ্ড রয়েছে)। সীমিত বেড ফান্ড পাওয়ার জন্য কোনো নির্দিষ্ট আয়ের সীমা নেই। আর্থিক অসুবিধার উপর ভিত্তি করে তহবিল মনোনীতকারীদের দ্বারা প্রতিটি পরিস্থিতির মূল্যায়নের ভিত্তিতে যোগ্যতা নির্ধারণ করা হয়। যে সমস্ত রোগীরা YNHHS আর্থিক সহায়তার আবেদন (YNHHS financial assistance application) পূরণ করেন তাদের স্বয়ংক্রিয়ভাবে সীমিত বেড ফান্ডের জন্য বিবেচনা করা হবে।

### Yale New Haven Hospital “আমি ও আমার সন্তান (Me & My Baby)” প্রকল্প

Yale New Haven Hospital-এ এই প্রকল্পটি প্রযোজ্য। যারা যোগ্য তাদের জন্য এটি প্রসবপূর্ব পরিচর্যা এবং কিছু প্রসবোত্তর পরিচর্যা বিনামূল্যে প্রদান করে, যদি:

1. আপনি নিউ হ্যাভেন কাউন্টিতে বসবাস করেন।
2. আপনার কোনো ধরনের স্বাস্থ্য বিমা নেই।
3. আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 2½ গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে (সর্বোচ্চ আয়ের চার্ট দেখুন)।
4. আপনি একটি “আমি ও আমার সন্তান” প্রকল্পের আবেদনপত্র পূরণ করেন।

আরও তথ্যের জন্য বা Yale New Haven Hospital-এর আমি ও আমার সন্তান প্রকল্পের জন্য একটি আবেদনের অনুরোধ করতে, অনুগ্রহ করে আপনার প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করুন বা **203-688-2481** নম্বরে কলকরুন।

### Greenwich Hospital-এর বর্ষিবিভাগের ক্লিনিক

Greenwich Hospital-এর বর্ষিবিভাগের ক্লিনিক সেই ব্যক্তিদের বিনামূল্যে বা ছাড় প্রাপ্ত পরিচর্যা প্রদান করে যারা ক্লিনিক মেম্বারশিপের জন্য আবেদন করে অনুমোদন পেয়েছে। আপনার যদি বিমা না থাকে, এবং স্টেট সহায়তার (Medicaid) জন্য যোগ্য না হন, তাহলে আপনি যোগ্য হতে পারেন যদি:

1. আপনি গ্রিনউইচের বাসিন্দা হন
2. আপনার পরিবার ফেডারেল দারিদ্র্য সীমার 4 গুণের থেকে কম বা সমান উপার্জন করে।

আরও তথ্যের জন্য বা একটি আবেদন পত্র পেতে, অনুগ্রহ করে **203-863-3334** নম্বরে কল করুন।

### প্রকল্প সম্পর্কে একটি নোট

আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীদের থেকে জরুরি বা অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যার জন্য বিমা থাকা রোগীদের সাধারণভাবে বিল করা পরিমাণের চেয়ে বেশি চার্জ করা হবে না। আমাদের আর্থিক সহায়তা নীতির, আর্থিক সহায়তা নীতির সারাংশ এবং আবেদনগুলির অনুবাদ সীমিত ইংরেজি দক্ষতার থাকা নির্দিষ্ট গ্রুপের জন্য পাওয়া যায়।





#### 4. স্বাস্থ্য বিমা

আপনি কি বা সহ কোন স্বাস্থ্য বিমা পলিসির আওতায় আছেন বা অন্য দেশের থেকে কোনও কভারেজের আওতায় আছেন  হ্যাঁ  না

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে এই আবেদনের সাথে আপনার বিমা কার্ডের সামনে এবং পিছনের একটি কপি সংযুক্ত করুন বা নিম্নলিখিতগুলি লিখুন

পলিসি ধারক	বিমা প্রদানকারী সংস্থা	পলিসি নম্বর
পলিসি ধারক	বিমা প্রদানকারী সংস্থা	পলিসি নম্বর

#### 5. স্বাক্ষর করার আগে অনুগ্রহ করে ভালো করে পড়ুন

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমি এই আবেদনে যা বলেছি সেটি এবং প্রদত্ত সংযুক্তিটি সত্য।

আমি বুঝেছি যে এই ফর্মে কোনো ভুল অসম্পূর্ণ বা মিথ্যা তথ্য প্রদানের ফলে আর্থিক সহায়তার জন্য আমার আবেদন খারিজ করা হতে পারে।

আমি -কে যে কোনও এবং সমস্ত তথ্য যাচাই করার অনুমতি দিচ্ছি।

আমি -কে আমার ক্রেডিট রিপোর্টের অনুরোধ করার অনুমতি দিচ্ছি।

আমি যদি এই আবেদনের আওতায় থাকা পরিষেবাগুলির জন্য একটি মামলা থেকে অ্যাওয়ার্ড সহ যেকোন ধরনের পেমেন্ট পাই তাহলে আমি আমার আর্থিক সহায়তা পুরস্কারের সম্পূর্ণ অর্থ পরিশোধ করতে সম্মত হচ্ছি।

আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতা পরিবর্তন করতে পারে এমন যেকোনো পরিবর্তনের বিষয়ে আমি -কে জানাতে সম্মত হচ্ছি।

আমি বুঝেছি যে আর্থিক সহায়তার জন্য আমার আবেদনের ক্ষেত্রে -কে আমার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য আমার সম্পর্কে সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য যেমনটি গোপনীয়তা নিয়ম পার্টস থেকে -এ সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে প্রকাশ করতে হতে পারে।

আমি বুঝেছি যে এই ধরনের কোনও প্রকাশ পেমেন্টের উদ্দেশ্যে হবে যেমন গোপনীয়তা নিয়মে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে।

আবেদনকারী ব্যক্তি বা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

আবেদনকারী ব্যক্তি বা আইনি অভিভাবকের স্পষ্ট করে লেখা নাম

**আপনার আর্থিক সহায়তার আবেদনের সাথে আয়ের প্রমাণ বা সমর্থনের একটি চিঠি অন্তর্ভুক্ত করতে ভুলবেন না।**

**আবেদন সম্পূর্ণ করে এখানে ডাকে পাঠান**