

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL

অনুদান পরিচর্যার জন্য আবেদন

রোগীর নাম \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ \_\_\_\_\_  
পদবি \_\_\_\_\_ প্রথম \_\_\_\_\_ মাঝের আদ্যক্ষর \_\_\_\_\_

ঠিকানা \_\_\_\_\_  
সংখ্যা এবং রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট # \_\_\_\_\_ শহর \_\_\_\_\_ রাজ্য \_\_\_\_\_ জিপ \_\_\_\_\_

টেলিফোন # নং ( ) \_\_\_\_\_ পেশা \_\_\_\_\_ নিয়োগকর্তা \_\_\_\_\_

নিয়োগকর্তার ঠিকানা \_\_\_\_\_ নিয়োগকর্তার টেলিফোন নম্বর # \_\_\_\_\_

**আয়** – এই তালিকায় নিম্নলিখিত থেকে আপনার, স্বামী-স্ত্রীর এবং অন্যান্য পরিবারের সদস্যদের আয় সংযুক্ত রয়েছে:

আয়ের ধরণ	মোট শেষ 3 মাসে	মোট শেষ 12 মাসে
মজুরি		
স্ব-নিযুক্তি আয়		
জনসাধারণের সহায়তা:		
সামাজিক নিরাপত্তা		
নিয়োগকর্তা/কর্মীর ক্ষতিপূরণ		
খোরপোশ		
শিশু সাহায্যতা		
পেনশন		
ডিভিডেন্ড থেকে আয়		
মোট		

হাসপাতাল দ্বারা আপনাকে, আপনার দ্বারা উপরে উল্লেখ করা আয় প্রমাণ করার জন্য নথিপত্র জমা করার অনুরোধ করা হচ্ছে। নথিপত্রের উদাহরণের মধ্যে থাকতে পারে, যেমন পে স্টাব, নিয়োগকর্তার থেকে পত্র, যদি প্রযোজ্য হয়, ফর্ম 1040, ইত্যাদি।

**পরিবারের আকার** - আপনার পরিবারে বসবাসকারী পারিবারিক সদস্য:

নাম	বয়স	সম্পর্ক

*দ্রষ্টব্য: যদি অতিরিক্ত জায়গার প্রয়োজন হয় তাহলে আরও একটি পৃষ্ঠ সংযুক্ত করুন।*

বিলিং এবং সংগ্রহ প্রক্রিয়াকালীন যে কোনও সময় হাসপাতালে এই আবেদনটি জমা করা যেতে পারে।

আপনার দ্বারা নিম্নলিখিত ঠিকানায় হাসপাতালে একবার সম্পূর্ণ করা আবেদন পত্র এবং সাহায্যমূলক নথিপত্র জমা করার পর, হাসপাতাল দ্বারা আপনার আবেদনের ওপর লিখিত সিদ্ধান্ত দেওয়া পর্যন্ত আপনি যে কোনও বিল উপেক্ষা করতে পারেন।

অনুদান পরিচর্যার উদ্দেশ্যে এই আবেদনটি জমা করার জন্য অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিবৃতি পড়ুন এবং নিম্নে নির্দেশিত জায়গায় স্বাক্ষর করুন।

আমি এতদ্বারা NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL কে অনুদান পরিচর্যার উদ্দেশ্যে আমার লিখিত নির্ধারণের জন্য অনুরোধ করছি। আমি বুঝেছি যে আমার বার্ষিক আয় এবং আমার পরিবারের আকারের সম্পর্কে আমি যে তথ্যটি জমা করেছি, সেটি হাসপাতাল দ্বারা যাচাইকরণ সাপেক্ষ। আমি আরও বুঝেছি যে যদি আমার দ্বারা জমা করা তথ্য ভুল হিসেবে নির্ধারণ করা হয়, তাহলে এরকম নির্ধারণের ফলে আমার অনুদান পরিচর্যা প্রত্যাহান করা হবে এবং আমি প্রদান করা পরিষেবার খরচ প্রদান করার জন্য দায়ী হতে পারি। আমি আবার সুনিশ্চিত করছি যে আমার জ্ঞান অনুযায়ী উপরোক্ত তথ্য সত্য এবং সঠিক। পুনশ্চ, আমি এতদ্বারা NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL -কে এই আবেদন সম্পর্কিত যে কোনও তথ্য যাচাই করার অনুমতি প্রদান করছি।

তারিখ \_\_\_\_\_ আবেদনকারীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ অ্যাকাউন্ট # \_\_\_\_\_

সম্পূর্ণ করা আবেদন নিম্নলিখিত ঠিকানায় পাঠাতে হবে:

3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att.: Jerome Fields  
বা ফ্যাক্স করুন: (516) 801-8504