

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL

আর্থিক সহায়তার আবেদন

রোগীর নাম _____ জন্ম তারিখ _____

শেষ

প্রথম

মাসের 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	শেষ 3 মাসে মোট	শেষ 12 মাসে মোট
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।

আর্থিক সহায়তা এই আবেদন জমা দিতে, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত পড়ে নীচে নির্দেশিত স্থানে সই করুন।

এতদ্বারা আমি NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL-কে আমার আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতার লিখিত নির্ধারণের অনুরোধ করছি। আমি বুঝেছি যে আমার বার্ষিক আয় এবং আমার পরিবারের আকারের সম্পর্কে আমি যে তথ্যটি জমা করেছি সেটি হাসপাতাল দ্বারা যাচাইকরণের সাপেক্ষ। আমি আরও বুঝেছি যে যদি আমার দ্বারা জমা করা তথ্যগুলি ভুল হিসেবে নির্ধারণ করা হয়, তাহলে এরকম নির্ধারণের ফলে আমার আর্থিক সহায়তা 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 _____ আবেদকের স্বাক্ষর _____ অ্যাকাউন্ট # _____

সম্পূর্ণ করা আবেদন নিম্নলিখিত ঠিকানায় পাঠাতে হবে:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services

Att: George Plunkett

100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753

অথবা ফ্যাক্স করুন: (516) 801-8504