THE UNIVERSITY HOSPITAL FOR
ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE

আর্থিক সহায়তার সারাংশ

মন্টেফিওরে মেডিক্যাল সেন্টার জানে যে কোনও কোনও সময়ে সেবার প্রয়োজন এমন রোগীরা প্রদত্ত পরিষেবার জন্য অর্থ দেওয়ার ক্ষেত্রে সমস্যায় পড়েন। ফাইন্যান্সিয়াল এইড আয় এবং পরিবারের আকারের ভিত্তিতে যোগ্য ব্যক্তিদের ছাড় দিয়ে থাকে। এছাড়াও, আমরা আপনাকে বিনামূল্যে প্রাপ্ত অথবা স্বল্প ব্যয়ের বিমার জন্য আবেদন করার কাজে সাহায্য করতে পারি যদি আপনি তার যোগ্য হন। শুধু পৃষ্ঠা 2-তে তালিকাভুক্ত স্থানগুলির আর্থিক পরামর্শদাতা-কে টেলিফোন করুন অথবা তাঁদের সঙ্গে সাক্ষাৎ করুন অথবা ই-মেল করুন এই ঠিকানায় financialaid@montefiore.org **বিনামূল্যে, গোপনীয় সহায়তা পাওয়ার জন্য। আর্থিক সহায়তা নীতি সম্পর্কে আরও তথ্য পাওয়া যেতে পারে এখানে:** http://www.montefiore.org/financial-aid-policy**। এছাড়াও আপনি ডাকযোগে বিনাব্যয়ে একটি আবেদনপত্র পেতে পারেন।**

কে ছাড় পাওয়ার যোগ্য?

যে রোগীদের কোনো স্বাস্থ্য বিমা নেই বা সীমিত স্বাস্থ্য বিমার আওতা আছে এবং মেডিকাল সেন্টারের মুখ্য পরিষেবা ক্ষেত্রে (নিউ ইয়র্ক স্টেট) বসবাস করেন তাদের জন্য আর্থিক সহায়তা লভ্য।

যে সব রোগীর বিমার আওতা আছে কিন্তু নিজের পকেট থেকে দিতে হয় এমন কোনো খরচ আছে যেটা তাদের সামর্থ্যের মধ্যে নেই বা যেটাকে কষ্টকর পরিস্থিতি হিসেবে বিবেচনা করা হয়, তাদের জন্য মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টার অর্থপ্রদানের আয়োজনও প্রদান করে।

নিউ ইয়র্ক স্টেটে যাদের জরুরি বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা প্রয়োজন হয় তারা প্রত্যেকেই পরিচর্যা পেতে পারেন এবং একটি ছাড় পেতে পারেন।

আপনার আর্থিক সহায়তার প্রয়োজন থাকার কারণে আপনাকে জরুরি বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা দিতে অস্বীকার করা যায় না।

আপনার অভিবাসনের অবস্থা যাই হোক না কেন, আপনি ছাড়ের জন্য আবেদন করতে পারেন।

কী কী আয়ের সীমা আছে?

আপনার আয় এবং আপনার পরিবারের আয়তনের ভিত্তিতে ছাড়ের পরিমাণের পার্থক্য হয়। আপনার যদি কোনো স্বাস্থ্য বিমা না থাকে বা সীমিত স্বাস্থ্য বিমা থাকে, তাহলে আয়ের সীমাগুলি হল এই রকম:

2021	মোট আয়ের শ্রেণী (ঊর্ধ্ব সীমা)										
রাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য স্তর	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
পরিবারের আয়তন	100%	125%	150%	175%	185%	200%	250%	300%	400%	500%	500% এর বেশি
1	$12,880	$16,100	$19,320	$22,540	$23,828	$25,760	$32,200	$38,640	$51,520	$64,400	$64,400
2	$17,420	$21,775	$26,130	$30,485	$32,227	$34,840	$43,550	$52,260	$69,680	$87,100	$87,100
3	$21,960	$27,450	$32,940	$38,430	$40,626	$43,920	$54,900	$65,880	$87,840	$109,800	$109,800
4	$26,500	$33,125	$39,750	$46,375	$49,025	$53,000	$66,250	$79,500	$106,000	$132,500	$132,500
5	$31,040	$38,800	$46,560	$54,320	$57,424	$62,080	$77,600	$93,120	$124,160	$155,200	$155,200
6	$35,580	$44,475	$53,370	$62,265	$65,823	$71,160	$88,950	$106,740	$142,320	$177,900	$177,900
7	$40,120	$50,150	$60,180	$70,210	$74,222	$80,240	$100,300	$120,360	$160,480	$200,600	$200,600
8	$44,660	$55,825	$66,990	$78,155	$82,621	$89,320	$111,650	$133,980	$178,640	$223,300	$223,300
প্রত্যেক অতিরিক্ত ব্যক্তির জন্য যোগ করুন।	$4,540	$5,675	$6,810	$7,945	$8,399	$9,080	$11,350	$13,620	$18,160	$22,700	$22,700

* 2021 রাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য নির্দেশিকার ভিত্তিতে

আমি যদি আয়ের সীমার শর্ত পূরণ না করি তাহলে?

আপনি যদি আপনার বিল পরিশোধ করতে না পারেন, সেই ক্ষেত্রে যারা আবেদন করেন তাদের সবার জন্য মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টারের একটি আর্থিক সহায়তা শ্রেণী আছে। ছাড়ের শতকরা হার নির্ভর করে আপনার বাৎসরিক আয় ও পরিবারের আয়তনের ওপরে। আমরা প্রসারিত অর্থপ্রদানের পরিকল্পনাও প্রদান করি, এবং মাসিক অর্থ পরিশোধের পরিমাণ আপনার মাসিক আয়ের দশ শতাংশের বেশি হবে না। ফেডারাল দারিদ্র্য স্তরের 500% এর ওপরে থাকা রোগীদের জন্য একটি সৌজন্যমূলক ছাড় লভ্য আছে। চিকিৎসাগতভাবে আবশ্যক নয় এমন পরিষেবাগুলির ক্ষেত্রে, নিজে অর্থ পরিশোধের জন্য ছাড় লভ্য আছে।

কেউ কি ছাড়ের বিষয়টা ব্যাখ্যা করতে পারেন? কেউ কি আমাকে আবেদন করতে সাহায্য করতে পারেন?

হ্যাঁ, বিনামূল্যে, গোপনীয় সহায়তা লভ্য আছে। 718-920-5658 নম্বরে ফাইনান্সিয়াল এইড-এ ফোন করুন অথবা নীচের তালিকায় দেওয়া যে কোনো আর্থিক সহায়তা অফিসের টেলিফোন # এ ফোন করুন।

আপনি যদি ইংরেজী বলতে না পারেন, তাহলে কেউ একজন আপনাকে আপনার নিজের ভাষায় সাহায্য করবেন। আবেদনপত্র, সারাংশ ও পুরো নীতিটি বিনামূল্যে বিভিন্ন ভাষায় পাওয়া যায়।

ফাইনান্সিয়াল এইড-এর প্রতিনিধি আপনাকে জানাতে পারেন যে আপনি বিনামূল্যে বা কম খরচে বিমা, যেমন মেডিকেইড, চাইল্ড হেলথ প্লাস বা কোয়্যালিফায়েড হেলথ প্ল্যান (উন্মুক্ত নথিভুক্তির সময়) এর জন্য যোগ্য কিনা।

ফাইনান্সিয়াল এইড-এর প্রতিনিধি যদি দেখেন যে আপনি কম খরচে বিমার জন্য যোগ্য নন, তাহলে তারা আপনাকে একটি ছাড়ের জন্য আবেদন করতে সাহায্য করবেন।

প্রতিনিধি আপনাকে সবগুলি ফর্ম পূরণ করতে সাহায্য করবেন এবং আপনাকে বলবেন যে আপনাকে কী কী কাগজপত্র নিয়ে আসতে হবে।

অতিরিক্ত তথ্য বা সহায়তার জন্য অনুগ্রহ করে নীচের যে কোনো একটি স্থানে যান অথবা **http://www.montefiore.org/financial-aid-policy** দেখুন।

- 111 East 210th Street (রুম RS-001) 718-920-5658 (মোজেস ক্যাম্পাস)
- 600 East 233rd Street (সেন্ট্রাল রেজিস্ট্রেশন) 718-920-9954 (ওয়েকফিল্ড ক্যাম্পাস)
- 1825 Eastchester Road (ভর্তির অফিস) 718-904-2865 (ওয়েলার ক্যাম্পাস)
- 2475 St. Raymond Avenue (আউটপেশেন্ট রেজিস্ট্রেশন) 718-430-7339 (ওয়েস্টচেস্টার স্কোয়্যার ক্যাম্পাস)

ছাড়ের জন্য আবেদন করতে আমার কী কী প্রয়োজন?

আয়ের গ্রহণযোগ্য প্রমাণ:

- কর্মহীনতার বিবৃতি
- সোশ্যাল সিকিওরিটি/পেনশন প্রদানের চিঠি
- বেতনের স্টাব বা চিরকুট/ নিয়োগের সত্যতা প্রতিপাদনের চিঠি
- সহায়তার চিঠি
- স্বয়ং প্রত্যয়নের চিঠি (যথাযথ পরিস্থিতিতে)
- ট্যাক্স রিটার্ন বা W2

মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টার দ্বারা প্রদত্ত চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সব পরিষেবা ছাড়ের আওতায় আছে। এর অন্তর্ভুক্ত হল আউটপেশেন্ট পরিষেবা, জরুরি পরিচর্যা এবং ইনপেশেন্ট জরুরি ভর্তি।

যে সব *বেসরকারি ডাক্তার* হাসপাতালে পরিষেবা দেন তাদের চার্জগুলি এর আওতায় নাও থাকতে পারে। বেসরকারি ডাক্তাররা ছাড় বা অর্থ পরিশোধের পরিকল্পনা প্রদান করেন কিনা তা দেখার জন্য, আপনার তাদের সঙ্গে কথা বলা উচিত। পরিষেবা প্রদানকারীদের একটি তালিকার জন্য, এবং তারা মেডিকাল সেন্টারের আর্থিক সহায়তা কর্মসূচিতে অংশ নেয় কিনা তা জানার জন্য, অনুগ্রহ করে http://www.montefiore.org/financial-aid-policy এ আমাদের ইন্টারনেট সাইটটি দেখুন অথবা ফাইন্যান্সিয়াল এইড অফিসে যোগাযোগ করুন এবং আপনাকে মুখোমুখি বা ডাকযোগে একটি প্রদান করা যায়।

আমাকে কত অর্থ পরিশোধ করতে হবে?

শিশু ও গর্ভবতী মহিলাদের জন্য আউটপেশেন্ট পরিষেবা বা এমার্জেন্সি রুমের মূল্য শুরু হয় $0 থেকে, যা আপনার আয়ের ওপর নির্ভর করে। প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য আউটপেশেন্ট পরিষেবা বা এমার্জেন্সি রুমের মূল্য শুরু হয় $15 থেকে, যা আপনার আয়ের ওপর নির্ভর করে।

আপনার আবেদনটি প্রক্রিয়া করা হয়ে যাওয়ার পরে, ফাইন্যান্সিয়াল এইডের একজন প্রতিনিধি আপনাকে আপনার সুনির্দিষ্ট ছাড়(গুলি)-এর বিশদ তথ্য দেবেন।

জরুরি বা অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিচর্যার জন্য রোগীদের থেকে সাধারণভাবে বিল করা পরিমাণের বেশি চার্জ করা হবে না।

আমি কীভাবে ছাড় পেতে পারি?

আপনাকে আবেদনের ফর্মটি ভরতে হবে। আমরা আপনার আয়ের প্রমাণ পাওয়ার সাথে সাথে, আপনার আয়ের পর্যায় অনুযায়ী একটি ছাড়ের জন্য আপনার আবেদন প্রক্রিয়া করতে পারি। আপনি আবেদনটি সম্পূর্ণ করতে 30 দিন সময় পাবেন।

আপনি অ্যাপয়েন্টমেন্ট পাওয়ার আগে, পরিচর্যা পাওয়ার জন্য হাসপাতালে আসার সময়, অথবা ডাকযোগে বিল আসার পরে ছাড়ের জন্য আবেদন করতে পারেন।

সম্পূর্ণ করা ফর্মটি এই ঠিকানায় পাঠান: Montefiore Medical Center-111 EAST 210TH Street, Bronx, N.Y. 10467/ Main Cashiers Room RS-001 অথবা এটিকে রুম RS-001 এ নিয়ে আসুন।

আপনি সম্পূর্ণ করা আবেদন ও কাগজপত্র জমা দেওয়ার পরে, ততদিন পর্যন্ত যে কোনো বিল উপেক্ষা করতে পারেন যতদিন না হাসপাতাল আপনার আবেদনের বিষয়ে কোনো সিদ্ধান্ত নিচ্ছে।

আমাকে ছাড়ের জন্য অনুমোদন দেওয়া হয়েছে কিনা, আমি কীভাবে তা জানব?

সম্পূর্ণ করা এবং কাগজপত্র জমা দেওয়ার পরে 30 দিনের মধ্যে মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টার আপনাকে একটি চিঠি পাঠাবে, যেখানে বলা হবে যে আপনাকে অনুমোদন দেওয়া হয়েছে কিনা এবং প্রাপ্ত ছাড়ের মাত্রাও জানানো হবে।

আমি ছাড় পেতে পারি কিনা তা জানার জন্য অপেক্ষা করার সময়কালে আমি যদি একটি বিল পাই, তাহলে?

ছাড়ের জন্য আপনার আবেদনটিকে বিবেচনা করার সময় আপনাকে হাসপাতালের কোনো বিল পরিশোধ করতে বাধ্য করা যায় না। আপনার আবেদনটি যদি প্রত্যাখ্যান করা হয়, তাহলে হাসপাতালকে অবশ্যই লিখিতভাবে আপনাকে তার কারণ জানাতে হবে, এবং আপনাকে হাসপাতালের ভিতরে কোনো উচ্চতর স্তরে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপীল করার একটি উপায় অবশ্যই দিতে হবে।

আমার যদি এমন কোনো সমস্যা থাকে যেটা আমি হাসপাতালের সঙ্গে সমাধান করতে পারি না, তাহলে?

আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ-এর অভিযোগের হটলাইনে 1-800-804-5447 নম্বরে ফোন করতে পারেন।

Montefiore
THE UNIVERSITY HOSPITAL FOR
ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE

মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টার

আর্থিক সহায়তার আবেদন

আবেদনকারীর তথ্য			
রোগীর নাম		সোশ্যাল সিকিওরিটি নম্বর (ঐচ্ছিক)	
ঠিকানা		আবেদনের তারিখ	

শহর		স্টেট		জিপ	
ফোন		রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক	**স্বয়ং স্বামী/স্ত্রীসন্তান মা-বাবা ঠাকুরদা/ঠাকুরমা নাতি-নাতনী অন্যান্য**		
মোট বাৎসরিক আয়		পরিবারের আয়তন		বকেয়া উদ্বৃত্ত	

যোগ্যতার ওয়ার্কশীট: শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য					
ফাইন্যান্সিয়াল এইড প্রতিনিধি				অ্যাডজাস্টেড অ্যাকাউন্ট ব্যালেন্স	
রোগীর MRN		অ্যাকাউন্ট নম্বর		বিল রেফারেন্স নম্বর	
IRS প্রতিপাদিত আয়	হ্যাঁ না	সমর্থনকারী কাগজপত্র অনুযায়ী	1. পে-স্টাব 2. জব লেটার 3. মার্কেটপ্লেস ডকুমেন্টেশন 4. লেটার অফ সাপোর্ট (যদি প্রযোজ্য হয়) অন্যান্য, নির্দিষ্টরূপে উল্লেখ করুন:		
প্রতিপাদিত মোট বাৎসরিক আয়					
আবেদনকারীকে নিম্নলিখিত শ্রেণীর পর্যায়ে আর্থিক সহায়তার জন্য অনুমোদন দেওয়া হয়েছে (1-6, 9M)					
আবেদনের অনুরোধের তারিখ		IRS ট্যাক্স প্রতিলিপি প্রাপ্তির তারিখ			

আবেদন প্রাপ্তির তারিখ		যে তারিখে অ্যাকাউন্ট অ্যাডজাস্ট করা হয়েছিল	
আর্থিক সহায়তার বিজ্ঞপ্তির তারিখ		অনুমোদন/প্রত্যাখ্যানের তারিখ	

অনুমোদনকারী:	

আবেদনের বিবৃতি

এই আবেদনে আমার স্বাক্ষর মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টারে প্রদত্ত চিকিৎসা পরিষেবাগুলির সাথে সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করা ও সুবিধাগুলি বরাদ্দ করার জন্য আমার অনুমোদনকে আবারও দৃঢ়ভাবে ঘোষণা করছে।

আমি আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতাসম্পন্ন হলেও, আমার পরিবারের আয়তনের প্রসঙ্গে আমার পরিবারের অবস্থার কোনো পরিবর্তন, এবং আয় ও স্বাস্থ্য বিমার কোনো পরিবর্তন যা আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতাকে পরিবর্তন করতে পারে সেই বিষয়ে আমি মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টারকে জানাতে সম্মত হচ্ছি। মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টারকে আয়, স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়াম, কো-ইন্সিওরেন্স, কো-পেমেন্ট, ডিডাক্টিবল, এবং আমার আওতাভুক্ত সুবিধাগুলি সম্পর্কে তথ্য দেওয়ার জন্য আমি আমার নিয়োগকর্তা ও আমার স্বাস্থ্য বিমা প্রদানকারীকে অনুমোদন দিচ্ছি।

আমি যদি কোনো দুর্ঘটনা বা অন্যান্য ঘটনার কারণে আর্থিক সহায়তা চাই, এবং আমি সেই দুর্ঘটনা বা ঘটনার কারণে কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বা বিমা প্রদানকারীর মত কোনো উৎস থেকে অর্থ পাই, তাহলে আমি মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টারে প্রদান করা হয়েছে এমন বা আর্থিক সহায়তার দ্বারা সামঞ্জস্যপূর্ণ করা হয়েছে এমন যে কোনো চিকিৎসা পরিষেবার জন্য মন্টেফিওরে মেডিকাল সেন্টারকে অর্থ পরিশোধ করব।

এই আবেদনের সব তথ্য আমার জ্ঞান অনুযায়ী সর্বতোভাবে সত্য এবং আমি অনুরোধক্রমে কাগজপত্র প্রদান করতে সম্মত।

রোগীর মুদ্রিত নাম		তারিখ	
রোগীর স্বাক্ষর			

আমি উপরে তালিকাভুক্ত রোগীর পক্ষ থেকে সম্মতি প্রদানের জন্য আইনসম্মতভাবে অনুমোদিত। রোগীর সাথে আমার সম্পর্ককে নীচে বর্ণনা করা হয়েছে:

অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর		তারিখ	
রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক			

এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করুন এবং আয়/সাপোর্ট সংক্রান্ত প্রমাণসহ মন্টেফিওরের নিম্নলিখিত যে কোনও ঠিকানায় পেশেন্ট ফাইন্যান্সিয়াল সার্ভিসেস্ অফিসে ফেরত পাঠান:

মোজেস ক্যাম্পাস – **RM-001**	ওয়েকফিল্ড ক্যাম্পাস	ওয়েলার ক্যাম্পাস	ওয়েস্টচেস্টার স্কোয়্যার ক্যাম্পাস
111 East 210th Street	600 East 233rd Street	1825 Eastchester Road	2475 Saint Raymond Ave
Bronx, NY 10467	Bronx, NY 10466	Bronx, NY 10461	Bronx, NY 10461
718-920-5658	718-920-9954	718-904-3529	718-430-7339

আপনি একটি সম্পূর্ণ করা আবেদন ও কাগজপত্র জমা দেওয়ার পরে, ততদিন পর্যন্ত যে কোনো বিল উপেক্ষা করতে পারেন যতদিন না হাসপাতাল আপনার আবেদনের ব্যাপারে কোনো সিদ্ধান্ত জানাচ্ছে। অনুগ্রহ করে আবেদনটি ৩০ দিনের মধ্যে সম্পূর্ণ করুন।