

হাসপাতালের যত্ন নিশ্চয়তা প্রোগ্রাম (এইচসিএপি) বা আর্থিক সহায়তার জন্য গোপনীয় আবেদন

Trinity Health-এর বিভিন্ন সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল ও পেশাদার পরিষেবার জন্য

অনুগ্রহ করে আবেদনপত্রটি পূরণ ও স্বাক্ষর করে 10 দিনের মধ্যে ফেরত পাঠান এবং সঙ্গে নিম্নোক্তগুলির কপি সংযুক্ত করুন:

যাচাইকরণ করা প্রয়োজন

- ☐ গত এক মাসে করা মোট আয়ের প্রমাণ ☐ গত তিন মাসের মোট আয়ের প্রমাণ (যদি এইচসিএপি-র জন্য আবেদন করেন)
- ☐ সমস্ত ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের গত দুই মাসের সম্পূর্ণ ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, যাতে সমস্ত পৃষ্ঠা উপস্থিত থাকতে হবে (রেকারিং ডিপোজিটের ব্যাখ্যা)
- ☐ সাম্প্রতিক ট্যাক্স রিটার্ন (1040 ফর্ম, সঙ্গে তফশিল C, E বা F) অথবা তিন মাসের লাভ ও ক্ষতির স্টেটমেন্ট (স্বনির্ভর/নির্ভরশীলদের ক্ষেত্রে)

প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে, নিম্নোক্তগুলি সরবরাহ করুন

- ☐ মাঝেমধ্যে হওয়া আয়ের ক্ষেত্রে W2
- ☐ বেকারত্ব সুবিধাভাতা/অস্বীকৃতিপত্র
- ☐ শিশু সহায়তা আয়/ভরণপোষণ [
- ☐ আয়ের ব্যবস্থা না থাকা- সম্পূর্ণভাবে পূরণ করা আবেদনপত্রের আর্থিক সহায়তা সংক্রান্ত চিঠির অংশ

রোগীর ব্যাপারে তথ্য

রোগীর নাম	জন্মতারিখ		
সোশ্যাল সিকিউরিটি/EIN নম্বর (ঐচ্ছিক)	মোবাইল ফোন [অন্য ফোন	
ডাক ঠিকানা	শহর	স্টেট	জিপ কোড
ইমেল ঠিকানা	আপনি কোন স্টেটের বাসিন্দা?		

বৈবাহিক স্থিতি ☐ অবিবাহিত/অবিবাহিতা ☐ বিবাহিত/বিবাহিতা ☐ বিবাহবিচ্ছিন্ন/বিবাহবিচ্ছিন্না] ☐ অন্যান্য _____

হাসপাতালের সেবার তারিখ (গুলি): _____ থেকে _____ পর্যন্ত

আপনি কি কোনও ফেডেরাল ট্যাক্স রিটার্ন ফাইল করেছেন?
☐ হ্যাঁ ☐ না না করে থাকলে, তার কারণ?

আপনাকে কি অন্য কারোর ট্যাক্স রিটার্নের উপরে নির্ভরশীল ব্যক্তি হিসাবে দাবি করা যেতে পারে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনার বা আপনার উপরে নির্ভরশীল ব্যক্তিদের কি পরিষেবা নেওয়ার সময় হেলথ ইন্স্যুরেন্স কভারেজ ছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না (ইন্স্যুরেন্স কার্ডের কপি দিন)

আপনি কি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের একজন নিবন্ধিত বাসিন্দা? ☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ উত্তর দিতে স্বাচ্ছন্দ্যবোধ করছি না

আপনার সাম্প্রতিক ট্যাক্স রিটার্নের ভিত্তিতে নিজেকে সহ পরিবারের সদস্যরা	জন্মতারিখ	রোগীর সাথে সম্পর্ক	হাসপাতালের পরিষেবার আগে 3 মাসের আয়	হাসপাতালে র পরিষেবার আগে 12 মাসের আয়	ট্যাক্স রিটার্নে দাবি (ওয়াই/এন)

হাসপাতালের যত্ন নিশ্চয়তা প্রোগ্রাম (এইচসিএপি) বা আর্থিক সহায়তার জন্য গোপনীয় আবেদন

Trinity Health-এর বিভিন্ন সুবিধা ও চিকিৎসকদের দ্বারা প্রদত্ত হাসপাতাল ও পেশাদার পরিষেবার জন্য

পরিবারের সকল সদস্যদের আয়ের যাচাইকরণ					
আয়ের মাসিক উৎস	প্রাপক কে?	মোট মাসিক আয় (ট্যাক্স বাদ দেওয়ার আগে)	আয়ের মাসিক উৎস	প্রাপক কে?	মোট মাসিক আয় (ট্যাক্স বাদ দেওয়ার আগে)
মজুরি			কর্মীর ক্ষতিপূরণ		
সোশ্যাল সিকিউরিটি/অক্ষমতা			বেকারত্ব		
পেনসন			শিশু সহায়তা/ভরণপোষণ		
স্বনির্ভরতা			ভাড়া থেকে প্রাপ্ত আয়		
জনসাধারণের সহায়তা			অন্যান্য		
আর্থিক সহায়তার পত্রটি কেবলমাত্র সাপোর্ট প্রদানকারী ব্যক্তিকেই পূরণ করতে হবে					
<input type="checkbox"/> আমি রোগীর জীবনযাপন জনিত খরচাপাতির 50% বেশি ক্ষেত্রেই সহায়তা করে থাকি, তবে মেডিকেল বিলের ক্ষেত্রে আমার পক্ষে সহায়তা করা সম্ভব হয় না। <input type="checkbox"/> এই পত্রটিতে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রতিপন্ন করে বলি যে, উপরিউক্ত বিবৃতিটি সঠিক এবং রোগীর বিলের জন্য আমাকে কোনওভাবেই দায়ী করা হবে না। কোনও প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে আমার সাথে _____ (ফোন নম্বর)-এ যোগাযোগ করুন।					
সাপোর্ট প্রদানকারী ব্যক্তির নাম			রোগীর সাথে সম্পর্ক		
সাপোর্ট প্রদানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর			তারিখ		

আয় ও পরিচয়ের যাচাইকরণ

আমি শংসাপত্র দিচ্ছি যে এই অ্যাপ্লিকেশনটিতে তালিকাভুক্ত তথ্য আমার জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সম্পূর্ণ। আমি বুঝতে পারি যে প্রদত্ত তথ্য যাচাই সাপেক্ষে। ট্রিনিটি হেলথ অ্যাপ্লিকেশনটিতে প্রদত্ত যে কোনও পরিষেবা পরিশোধের জন্য আমি দায়বদ্ধ থাকব যদি উপরের তথ্যগুলি মিথ্যা অজুহাতে সরবরাহ করা হয়।

রোগীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ : _____

অথবা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর (প্রযোজ্য হলে) _____ তারিখ : _____

রোগীর সাথে সম্পর্ক : _____ তারিখ : _____

দয়া করে উপরের ঠিকানায় আপনার আবেদনটি মেইল করুন, 312-871-3350 এ ফ্যাক্স করুন এবং অথবা মাইচার্ট (রোগী পোর্টাল) এর মাধ্যমে নথি আপলোড করুন - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে তবে দয়া করে আমাদের গ্রাহক পরিষেবা কেন্দ্রে 800-494-5797 এ সোমবার থেকে শুক্রবার 9 এএম-5 পিএম ইসিএসটি যোগাযোগ করুন।