The Flushing Hospital Medical Center
Financial Assistance Summary (আর্থিক সহায়তার সারসংক্ষেপ)

The Flushing Hospital Medical Center (দি ফ্লাশিং হসপিটাল মেডিকেল সেন্টার) স্বীকার করে যে, অনেক সময় রোগীরা যখন চিকিৎসার প্রয়োজন অনুভব করে তখন প্রদত্ত সেবার জন্য অর্থপ্রদান করতে তারা কিছু সমস্যার সম্মুখীন হয়। The Flushing Hospital Financial Assistance Program (দি ফ্লাশিং হসপিটাল ফিনানসিয়াল এসিসটেন্স প্রোগ্রাম) যোগ্য ব্যক্তিদের তাদের আয় অনুযায়ী কিছু টাকা ছাড় দিবে। তাছাড়াও, যদি আপনি যোগ্য বলে প্রমাণিত হন তাহলে আপনাকে আমরা বিনাখরচে বা কম খরচে বীমার জন্য আবেদন করতে সাহায্য করবো। আরও জানতে, অনুগ্রহ করে আমাদের ফিনানসিয়াল অফিসে (Financial Office) যোগাযোগ করুন, এই নাম্বারে - 718-670-5588 or 718-670-5589. এছাড়াও আপনি কোন খরচ ছাড়াই গোপনীয়তার সাথে সরাসরি Flushing Hospital Financial Office এ এসে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন, এই ঠিকানায় 146-01 45th Avenue, 6th Floor , Suite 600, Flushing, NY 11355.

বিনামূল্যে আর্থিক সহায়তা মূলনীতি (FAP) এবং আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র (FAP application) সংগ্রহ করতে আপনি নিচের যেকোন একটি পন্থা অবলম্বন করতে পারেন :

- আমাদেরকে ইমেইল করতে পারেন এই ঠিকানায় - enroll.flushing@jhmc.org
- আমাদের ওয়েবসাইটে গিয়ে (www.flushinghospital.org) "Financial Assistance" ব্যানারে ক্লিক করতে পারেন যেখান থেকে আপনি আর্থিক সহায়তা মূলনীতি (FAP) এবং আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র (FAP application) ডাউনলোড করতে পারবেন।
- উপরোক্ত ঠিকানায় চিঠি লিখে তথ্য পাবার অনুরোধ করতে পারেন। মনে রাখবেন: Financial Office

আমাদের আর্থিক সহায়তা মূলনীতি (FAP) এবং আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র (FAP application) বাংলা, স্প্যানিশ, চাইনিজ (চিরাচরিত এবং সরলীকৃত) ভাষায় পাওয়া যাচ্ছে। অনুগ্রহ করে অনলাইন থেকে আপনার পছন্দের ভাষায় এসকল ডকুমেন্ট ডাউনলোড করুন।

আর্থিক ছাড় পাওয়ার জন্য কে উপযুক্ত বলে বিবেচিত হবেন?

যেসকল রোগীদের আয় সীমিত এবং কোন বীমা নেই তাঁদের জন্যই Financial assistance বা আর্থিক সহায়তা রয়েছে। যেসকল রোগীদের প্রয়োজনীয় চিকিৎসার পুরোটা বীমার আওতায় পড়ে না বা যাদের বীমার সময়সীমা পেরিয়ে গেছে তাদেরকেও এই সুযোগ দেওয়া হবে। আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদনকারী সকল যোগ্য ব্যক্তির উপর যেকোন জরুরী বা মেডিকেল সার্ভিসের জন্য মেডিকেডকে সাধারণত যে পরিমাণ বিল করা হয়(এ জি বি) তার চাইতে বেশী ধার্য করা হবে না।

New York State এ বসবাসকারী মানুষদের মধ্যে যাদের উপার্জন সীমা এই ব্যবস্থার শর্তের আওতায় পড়ে তারা চিকিৎসা ও সেবায় আর্থিক ছাড় পাবেন।

কো-পে, কো- ইনস্যুরেন্স, ছাড় এবং কসমেটিক পদ্ধতি/সার্ভিস এই প্রোগ্রামের আওতাভুক্ত হবে না।

Queens (কুইন্স), the Bronx (দ্য ব্রংক্স), Kings (Brooklyn) কিংস (ব্রুকলিন), New York (Manhattan) নিউ ইয়র্ক (ম্যানহ্যাটান), Richmond (Staten Island) রিচমন্ড (স্ট্যাটেন আইল্যান্ড) অথবা Nassau County (নাসাউ কাউন্টি) - তে বসবাস করা প্রত্যেক ব্যক্তি Flushing Hospital (ফ্লাশিং হসপিটাল) এ জরুরী চিকিৎসা পদ্ধতি ছাড়া অন্যান্য প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্যসেবায় আর্থিক ছাড় পাবেন যদি তাদের ইনস্যুরেন্স না থাকে এবং তাদের আয় এবং অন্যান্য বিষয় যদি আর্থিক সহায়তা ব্যবস্থার শর্তানুযায়ী হয়।

আপনার ইমিগ্রেশন স্ট্যাটাস যাইহোক না কেন, আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারবেন।

উপার্জন সীমা কত?

আর্থিক ছাড়ের পরিমান নির্ভর করবে আপনার আয় এবং পরিবারের আকৃতির ওপর। যদি আপনার কোন চিকিৎসা বীমা না থাকে তাহলে আপনার আয় সীমা নির্ভর করবে এই বিষয়গুলোর উপর। পরিস্থিতি অনুযায়ী আপনার আয়ের পরিমান যদি এই ব্যবস্থায় নির্ধারিত উপার্জন সীমার ওপরে চলে যায় তাহলেও আপনি হয়ত যোগ্য বলে বিবেচিত হতে পারেন।

Family Size / পরিবারের আকার	Annual Family Income / পরিবারের বার্ষিক আয়	Monthly Family Income / পরিবারের মাসিক আয়	Weekly Family Income / পরিবারের সাপ্তাহিক আয়
1	$43,740 পর্যন্ত	$3,645 পর্যন্ত	$841 পর্যন্ত
2	$59,160 পর্যন্ত	$4,930পর্যন্ত	$1,137 পর্যন্ত
3	$74,580 পর্যন্ত	$6,215 পর্যন্ত	$1,434 পর্যন্ত
4	$90,000 পর্যন্ত	$7,500 পর্যন্ত	$1,528 পর্যন্ত
5	$105,420 পর্যন্ত	$8,785 পর্যন্ত	$1,730 পর্যন্ত
6	$120,840 পর্যন্ত	$10,070 পর্যন্ত	$2,323 পর্যন্ত

* 2023 ফেডারেল পভার্টি গাইডলাইন্স এর 300% এর উপর ভিত্তি করে

যদি আমি উপার্জন সীমার আওতায় না পড়ি তাহলে কী হবে?

যদি আপনি বিল না দিতে পারেন, এবং আপনার উপার্জন সীমা যদি শর্তানুযায়ী হয় তাহলে Flushing Hospital (ফ্লাশিং হসপিটাল) আপনার বিল দেওয়ার ক্ষেত্রে একটি পেমেন্ট প্ল্যান দেবে। আপনার উপার্জনের পরিমান অনুযায়ী আপনাকে বিল দিতে হবে। পরিস্থিতি অনুযায়ী, আপনার আয়ের পরিমাণ যদি এই ব্যবস্থায় নির্ধারিত আয় সীমার ওপরে চলে যায় তাহলেও পরিস্থিতি অনুযায়ী আপনি হয়ত পেমেন্ট প্ল্যানের জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হতে পারেন।

আর্থিক ছাড়ের বিষয়টি বিস্তারিত বলার মতন কেউ কি আছে? কেউ কি আমাকে আবেদন করার ক্ষেত্রে সাহায্য করতে পারেন?

হ্যাঁ, বিনামূল্যে গোপনীয় সহায়তা পাওয়া যাবে। ফিনানসিয়াল ডিপার্টমেন্টে (Financial Department) 718-670-5588 অথবা 5589 নম্বরে ফোন করুন।

আপনি যদি ইংরেজিতে কথা না বলতে পারেন তাহলে আপনাকে কেউ আপনার মাতৃভাষায় কথা বলে সহায়তা করবেন।

আপনি যদি বিনামূল্যে বা কম মূল্যের বিমার জন্য যেমন মেডিকেইড, চাইল্ড হেল্থ প্লাস, কোয়ালিফাইড হেলথ প্ল্যান অথবা আর্থিক সহায়তার জন্য বিবেচিত হন তাহলে ফিনানসিয়াল কাউন্সেলর আপনাকে সে বিষয়ে জানাবেন।

যদি ফিনানসিয়াল কাউন্সেলরের মনে হয় যে আপনি কম মূল্যের বীমার জন্য উপযুক্ত নন, তাহলে তারা আপনাকে আর্থিক ছাড় পাওয়ার জন্য আবেদন করতে সহায়তা করবেন।

ফিনানসিয়াল কাউন্সেলর আপনাকে সবকটি আবেদনপত্র পূরণ করতে সাহায্য করবেন এবং প্রয়োজনীয় কী কী কাগজপত্র আনতে হবে তা বলবেন।

আর্থিক ছাড়ের আবেদনের জন্য আমার কী কী লাগবে?

আর্থিক সহায়তার আবেদনের জন্য আপনাকে আবেদনপত্রের সঙ্গে ছবি সহ পরিচয়পত্র, ঠিকানার প্রমাণপত্র, চার সপ্তাহের উপার্জনের কাগজপত্র বা গত বছরের W-2 এবং/অথবা এমন একটি বিবৃতি যাতে উল্লেখ থাকবে কিভাবে আপনি নিজের জীবিকা নির্বাহ করছেন অথবা অন্য কারো সাহায্যে চলছেন।

যদি এগুলির মধ্যে কোনটিই আপনার কাছে না থাকে তা হলেও আপনি আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।

কোন কোন সেবা এই সুবিধার আওতাভুক্ত?

Flushing Hospital (ফ্লাশিং হসপিটাল) প্রদত্ত সব ধরণের চিকিৎসা সংক্রান্ত সেবা এই আর্থিক ছাড়ের আওতায় পড়ে। এর মধ্যে রয়েছে বহিরাগত রোগীদের চিকিৎসা সেবা, জরুরী সেবা এবং আবাসিক ভর্তি।

যেসব *প্রাইভেট ডাক্তাররা* এই হাসপাতালের সেবায় যুক্ত আছেন তাদের খরচ এই ব্যবস্থার আওতায় পড়বে না। আপনি প্রাইভেট ডাক্তারদের সঙ্গে কথা বলতে পারেন এটা দেখার জন্য যে তারা কোন আর্থিক ছাড় বা পেমেণ্ট পরিকল্পনা দিতে পারেন কি না।

আমাকে কত খরচ করতে হবে?

বহিরাগত সেবা বা জরুরী বিভাগে সেবার ক্ষেত্রে শিশুদের এবং গর্ভবতী মহিলাদের জন্য এই খরচ শুরু হয় $0 থেকে, তবে সেটা নির্ভর করবে আয়ের পরিমানের ওপর। বহির্বিভাগে সেবা বা জরুরী বিভাগের ক্ষেত্রে প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য এই খরচ শুরু হয় $15 থেকে, এবং এটাও নির্ভর করবে আয়ের পরিমানের ওপর।

আপনার আবেদন পত্রটি গৃহীত হলে আমাদের ফিনানসিয়াল কাউন্সেলর আর্থিক ছাড় বিষয়ে আপনাকে বিস্তারিত তথ্য দেবেন।

রোগী কত টাকা জমা দিতে পারবেন তা নির্ভর করবে তার দেওয়ার ক্ষমতার ওপর এবং অন্যান্য আর্থিক সহায়তার ক্ষেত্রেও এই একই কথা প্রযোজ্য। সাধারণত, পেমেণ্টের ব্যবস্থা (কিস্তি পরিকল্পনা / ইন্সটলমেন্ট প্ল্যান) যোগ্য রোগীদের দেওয়া হবে (যেমন, যাদের মাসিক আয় ফেডারেল পোভার্টি লেভেলের 300% এর মধ্যে)। রোগীদের মোট মাসিক উপার্জনের 10% এই মাসিক কিস্তি হিসেবে গৃহীত হবে।

আমি কিভাবে এই ছাড় পেতে পারি?

আপনাকে আবেদনপত্রটি পূরণ করতে হবে। যখনই আমাদের কাছে আপনার আয়ের প্রমাণপত্র এসে যাবে, আপনার আয় অনুযায়ী আপনি যাতে ছাড় পান সেই জন্য আপনার আবেদনপত্রের পরবর্তী প্রক্রিয়া শুরু করা হবে।

আপনি এপয়েন্টমেন্ট ঠিক করার আগে অথবা আপনি যখন হাসপাতালে আসবেন চিকিৎসার জন্য সে সময় অথবা যখন আপনার ঠিকানায় বিল আসবে তখন ছাড় পাওয়ার আবেদন করতে পারবেন।

সম্পূর্ণ করা আবেদনপত্রটি ফ্লাশিং হসপিটাল ফিনানসিয়াল অফিসে (Flushing Hospital Financial Office) পাঠিয়ে দিন এই ঠিকানায়, 14601 45th Avenue, 6th Floor, Suite 600, Flushing NY 11355, অথবা নিজে এসেও সরাসরি উল্লিখিত ঠিকানায় ফিনানসিয়াল ডিপার্টমেন্টে (Financial Department) জমা দিতে পারেন। চিকিৎসা পরবর্তী ৯০ দিনের মধ্যে আপনাকে আবেদনপত্র জমা দিতে হবে।

যদি আমি আর্থিক ছাড়ের জন্য মনোনীত হই তাহলে কীভাবে জানতে পারবো?

আপনার সম্পূর্ণ করা আবেদনপত্র জমা দেওয়ার ৩০ দিনের মধ্যে Flushing Hospital (ফ্লাশিং হসপিটাল) আপনাকে একটি চিঠি দেবে এবং জানাবে যে আপনার আবেদন গৃহীত হয়েছে কিনা ও আপনি কতটা ছাড় পাচ্ছেন।

আর্থিক ছাড় পাবো কিনা জানার জন্য অপেক্ষারত অবস্থায় যদি কোন বিল পাই তাহলে কী হবে?

আপনার আবেদনপত্রটি যখন সিদ্ধান্তের অপেক্ষায় রয়েছে তখন আপনাকে কোনো বিল দিতে হবে না। আপনার আবেদনপত্রটি অগ্রাহ্য হলে, হাসপাতাল আপনাকে লিখিতরূপে কারণ জানাবে এবং হাসপাতালের উর্দ্ধতন বিভাগে এই সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আপনি কিভাবে আপিল করতে পারবেন সে সম্পর্কে বলে দেবে।

যদি এমন কোন সমস্যা থাকে যা হাসপাতাল সমাধান করতে পারবে না তাহলে কি করবো?

আপনি New York State Department of Health এ (নিউইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ) অভিযোগ জানাতে পারবেন এই হটলাইন নম্বরে 1-800-804-5447.

Revised 01/2023

Financial Assistance Application (আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র)

নাম / *Name* _____

ঠিকানা / Address _____

_____

ফোন / *Phone* _____

পরিবারের আকার / ঘরের লোকসংখ্যা / *Family size/number in household* _____

	রোগীর আয় / Patient Income	স্বামী বা স্ত্রীর আয় / Spouse Income
মজুরি / Wages		
সামাজিক সুরক্ষা প্রদেয় / Social Security payment		
বেকার ভাতা / Unemployment compensation		
অক্ষমতা / Disability		
শ্রমিক ভাতা / Workers compensation		
খোরপোশ/শিশু সহায়তা / Alimony/child support		
লভ্যাংশ/সুদ/ভাড়া / Dividends/interest/rentals		
অন্য সবরকমের আয় / All other income		
সর্বমোট /Total		

আমি ঘোষণা করছি যে আমার জ্ঞান-বিশ্বাস মতে উপরোক্ত তথ্যগুলি সত্য, সম্পূর্ণ, এবং সঠিক।

সই / *Signed* _____ তারিখ / *Date* _____

এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করতে যদি আপনার সাহায্যের দরকার হয়, অথবা কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে ফিনানসিয়াল অফিসে (Financial Office) কল করুন এই নম্বরে - 718-670-5588 অথবা 718-670-5589.

আপনি যদি হাসপাতাল থেকে কোনো বিল পেয়ে থাকেন, এখানে লিখুন / *If you have received a bill or bills from the hospital, check here* ___

অ্যাকাউন্ট নম্বর / *Account number* _____

যতক্ষণ পর্যন্ত হাসপাতাল আপনার আবেদনের ওপর তাদের সিদ্ধান্ত জানিয়ে আপনাকে কোন চিঠি না দেয়, ততক্ষণ পর্যন্ত আপনি হাসপাতালকে কোন অর্থপ্রদান করবেন না।

অনুগ্রহ করে সম্পূর্ণ করা ফর্ম এবং সংযুক্তিগুলি পাঠান এই ঠিকানায়:
ফিনানসিয়াল অফিস (Financial Office)
Flushing Hospital Medical Center (ফ্লাশিং হসপিটাল মেডিকেল সেন্টার)
14601 45th Avenue, 6th Floor, Suite 600
Flushing, NY 11355