

**FLUSHING HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE
NOTIFICATION TO
PATIENTS
POLICY & PROCEDURE**

EFFECTIVE 10.20.24
LAST REVIEW DATE 01.14.26

নীতি: যোগ্য রোগীদের আর্থিক সহায়তার সুযোগ প্রদান করা।

উদ্দেশ্য: যোগ্য রোগীদের জন্য সহজলভ্য ও সাশ্রয়ী মূল্যের চিকিৎসা সেবা প্রদানের একটি প্রক্রিয়া তৈরি করা এবং রোগীদের এবং/অথবা পরিবারের সদস্যদের বীমাহীন ও সীমিত বীমার ব্যক্তিদের জন্য Flushing Hospital Medical Center (FHMC) আর্থিক সহায়তা নীতি (FAP) সম্পর্কে অবহিত হওয়া নিশ্চিত করা।

জরুরি চিকিৎসার ক্ষেত্রে হাসপাতাল কর্তৃক বৈষম্যহীনভাবে জরুরি চিকিৎসা সেবা প্রদান করা হবে, এক্ষেত্রে তাদের FAP সংক্রান্ত যোগ্যতা যাচাই করা হবে না। চিকিৎসা বিল পরিশোধ না করার কারণে রোগীদের ভর্তি বা চিকিৎসা/পরিষেবা থেকে বঞ্চিত করা যাবে না।

বীমাহীন ব্যক্তি: এই নীতিমালা অনুসারে, একজন বীমাহীন ব্যক্তি হলেন সেই ব্যক্তি যিনি ফেডারেল দারিদ্র্যসীমার (FPL) 400% পর্যন্ত আয় করেন, আর যিনি ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমা, মেডিকেল, মেডিকেল, বা অন্যান্য সরকারি স্বাস্থ্য বীমার আওতাধীন নন, যা তাদের চিকিৎসা পরিষেবার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে।

সীমিত বীমার ব্যক্তি: এই নীতিমালা অনুসারে, একজন সীমিত বীমার ব্যক্তি হলেন সেই ব্যক্তি যিনি স্বাস্থ্যবীমা থাকা সত্ত্বেও বিগত ১২ মাসে নিজের পকেট থেকে চিকিৎসা বাবদ তার মোট আয়ের ১০%-এর বেশি ব্যয় করেছেন।

পদ্ধতি: **রোগীদের জন্য বিজ্ঞপ্তি:**

Flushing Hospital Medical Center (FHMC বা Hospital) এর সহজ ভাষায় লিখিত একটি আর্থিক সহায়তা নীতি (FAP) রয়েছে।

এই নীতিমালা অনুযায়ী যেকোনো FHMC প্রতিষ্ঠানে চিকিৎসাধীন রোগীরা আর্থিক সহায়তার যোগ্য হতে পারেন। রোগীদের অবহিত করা হচ্ছে যে আর্থিক সহায়তা নিম্নলিখিতভাবে পাওয়া যাবে:

- ED রোগী, বহির্বিভাগীয় ও আভ্যন্তরীণ রোগীদের গ্রহণ/নিবন্ধন এবং ডিসচার্জ প্রক্রিয়া চলাকালীন একটি সারসংক্ষেপ প্রদান করা হয় (FAP Summary)।
- রোগীরা যেকোনো সময় আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন, এমনকি সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন সময়েও।
- আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা যাচাইয়ের সময় রোগীদের সম্পদ বিবেচনায় নেওয়া হয় না।
- যোগ্যতার জন্য অভিযান অবস্থা বিবেচনা করা হয় না।

- সমস্ত বিল ও স্টেটমেন্ট রোগীকে FAP এর প্রাপ্যতার বিষয়ে অবহিত করা থাকে।
- রোগীদের দৃষ্টি আকর্ষণ করার জন্য FAP এবং আবেদন প্রক্রিয়ার একটি সারসংক্ষেপ পার্লিক এরিয়াতে বিশেষভাবে প্রদর্শিত হয়।
- FAP এর সারসংক্ষেপ, সেইসাথে সম্পূর্ণ নীতিমালা এবং আবেদনপত্র হাসপাতালের ওয়েবসাইটে পোস্ট করা হয়েছে। হাসপাতালের FAP এর সারসংক্ষেপ, নীতিমালা ও আবেদনপত্র www.Flushinghospital.org, এ অনলাইনে পাওয়া যাবে এবং ওয়েবপেজের "আর্থিক সহায়তা" ব্যানার নির্বাচন করে তা অ্যাক্সেস করা যাবে।
- হাসপাতালের ওয়েবসাইটে পোস্টিংয়ে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য ব্যবহৃত নির্দিষ্ট আয়ের স্তর, হাসপাতালের প্রাথমিক পরিশেবা ক্ষেত্রের বিবরণ এবং রোগীরা কীভাবে সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন সে সম্পর্কে তথ্য প্রদান করা হয়েছে। FHMC কমিউনিটির সদস্যদের FAP সম্পর্কে অবহিত করে যাতে আর্থিক সহায়তার প্রয়োজনে থাকা ব্যক্তিদের কাছে পৌঁছানো যায়।
- কমিউনিটির সদস্যদের কীভাবে FAP সম্পর্কে অবহিত করা হয়ে থাকে তা FHMC এর Community Health Needs Assessment (CHNA) বর্ণনা করে। CHNA হাসপাতালের ওয়েবসাইট www.Flushinghospital.org, এর মাধ্যমে এবং "কমিউনিটি" লিঙ্কে ক্লিক করে অ্যাক্সেস করা যেতে পারে।
- FHMC সম্পূর্ণ FAP, সারসংক্ষেপ এবং প্রয়োগ ইলেকট্রনিক এবং কাগজ উভয় সংস্করণে (যেখানে প্রযোজ্য) সেই সব জনগোষ্ঠীর ভাষায় প্রদান করে, যাদের সংখ্যা সেবাপ্রাপ্ত সম্প্রদায়ের ৫% অথবা ১,০০০ জন (যেটি কম)।

আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির যোগাযোগ/সহায়তা তথ্য:

FHMC FAP সম্পর্কিত তথ্য হাসপাতালের 24-ঘন্টা জরুরি বিভাগ এবং ভর্তি বিভাগে সকলের কাছে উপলব্ধ।

উভয় বিভাগই 4500 Parsons Blvd, Flushing, NY, 11355 এ অবস্থিত প্রধান হাসপাতাল ভবনের নিচতলায় অবস্থিত।

জরুরি বিভাগের যোগাযোগ নম্বর:

1-718-670-5494.

ভর্তি বিভাগের যোগাযোগ নম্বর:

1-718-670-5435.

FHMC FAP, FAP আবেদন এবং FAP সারসংক্ষেপের কাগজের কপি অনুরোধের ভিত্তিতে এবং ED এবং AD-তে বিনামূল্যে ও মেইলে পাওয়া যাবে।

FAP সারসংক্ষেপ জরুরি এবং ভর্তি বিভাগে ভর্তি প্রক্রিয়ার সময় এবং ছাড়পত্র প্রক্রিয়ার সময় বীমাহীন রোগীদের প্রদান করা হয়।

আর্থিক অফিস হলো হাসপাতালের মধ্যে অবস্থিত বিভাগ যা FAP আবেদন প্রক্রিয়ায় সহায়তা করতে পারে।

আর্থিক অফিসটি এখানে অবস্থিত:
4500 Parson Blvd 1st Fl
Flushing N.Y. 11355

আর্থিক অফিসের সময়সূচী:
সোমবার – শুক্রবার, সকাল 9টা – বিকেল 3:30 টা

আর্থিক অফিসের যোগাযোগ নম্বর:
718-670-5588 ও 718-670-5589.

আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য পরিষেবাগুলো

হাসপাতালের সেবা

FHMC সকল বীমাবিহীন এবং সীমিত বীমার রোগীদের চিকিৎসা-প্রয়োজনীয় এবং জরুরি হাসপাতালের পরিষেবার জন্য আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করার সুযোগ প্রদান করে, যার মধ্যে ফেডারেল জরুরি চিকিৎসা সেবা ও সক্রিয় শ্রম আইন (EMTALA) অনুসারে জরুরি স্থানান্তর অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। হাসপাতাল সকল ব্যক্তিকে তাদের অর্থ প্রদানের ক্ষমতা নির্বিশেষে জরুরি চিকিৎসা পরিষেবা প্রদান করে। প্রধান হাসপাতাল, জরুরি কক্ষ এবং হাসপাতাল অবস্থিত বা বাইরের যেকোনো অ্যাম্বুলেটরি ক্লিনিক সহ সমস্ত FHMC প্রতিষ্ঠানে হাসপাতাল পরিষেবার জন্য আর্থিক সহায়তা পাওয়া যায়। কভারকৃত পরিষেবা সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্যের জন্য উপরে উল্লিখিত আর্থিক অফিসের সাথে যোগাযোগ করুন।

বহির্বিভাগীয় সেবা এবং রুটিন আনুষঙ্গিক পরিষেবাগুলো FAP ফ্ল্যাট রেটের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত। ক্যাট-ক্যানের মতো নন-রুটিন আনুষঙ্গিক পরিষেবাগুলো বহির্বিভাগীয় ফ্ল্যাট রেটে অন্তর্ভুক্ত নয় এবং আলাদাভাবে বিল করা হয়। হাসপাতাল কর্তৃক যাই বিল করা হোক না কেন, রুটিন ও নন-রুটিন আনুষঙ্গিক উভয় ধরনের পরিষেবাই আর্থিক সহায়তার জন্য বিবেচিত হবে।

কিছু ঐচ্ছিক পরিষেবা এই প্রোগ্রাম থেকে বাদ দেওয়া হয়েছে যার মধ্যে রয়েছে চিকিৎসাগত অপ্রয়োজনীয় প্রসাধনী পরিষেবা এবং স্ব-উন্নয়ন পরিষেবা। FAP এ কোনো নির্দিষ্ট পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত কিনা সে সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে আর্থিক অফিসের সাথে পরামর্শ করুন।

চিকিৎসক সেবা

চিকিৎসকদের পরিষেবা সাধারণত হাসপাতালের পরিষেবা থেকে আলাদা বিল করা হয়। সমস্ত জরুরি এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবায় নিম্নলিখিত চিকিৎসকদের পরিষেবাগুলো হাসপাতাল FAP এর আওতায় ছাড়ের যোগ্য।

1. হাসপাতালে নিযুক্ত চিকিৎসক

হাসপাতাল বা হাসপাতাল ক্লিনিকগুলোতে হাসপাতালে নিযুক্ত চিকিৎসক বা অন্যান্য সরবরাহকারীদের দ্বারা সমস্ত জরুরি এবং চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় চিকিৎসক পরিষেবা প্রদান করা হয়। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে রয়েছে:

- জরুরী বিভাগ

- রেডিওলজি
- প্যাথলজি
- ফ্যামিলি মেডিসিন
- অ্যান্থ্রোপলজি কেয়ার
- ডেন্টাল

চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার মধ্যে কসমেটিক সার্জারি, কসমেটিক ডেন্টিস্ট্রি বা "অতিরিক্ত" আনুষঙ্গিক পরিষেবা যেমন ব্যক্তিগত কক্ষ বা অন্যান্য ট্রাঙ্কিং সুযোগ-সুবিধা অন্তর্ভুক্ত নয়।

চিকিৎসা বিল পরিশোধ না করার কারণে রোগীদের ভর্তি বা চিকিৎসা/পরিষেবা থেকে বঞ্চিত করা যাবে না।

2. সংযুক্ত বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক

হাসপাতাল বা হাসপাতালের কোনো ক্লিনিকে সেবা প্রদানকারী কিছু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক হাসপাতালের সাথে সংযুক্ত বেসরকারি চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানের কর্মী। এসব প্রতিষ্ঠানের অন্তর্ভুক্ত বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকরা শুধুমাত্র নির্দিষ্ট ও সীমিত পরিস্থিতিতে হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি (FAP) এ অংশগ্রহণ করেন। হাসপাতালে প্রদত্ত জরুরি চিকিৎসা বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার অংশ হিসেবে প্রদান করা পেশাগত সেবা, অথবা হাসপাতালে ভর্তি রোগীর জন্য প্রদান করা পরামর্শমূলক সেবা, হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি (FAP) অনুযায়ী ব্যয় হ্রাসের জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হবে। এই বিশেষায়িত শাখাসমূহের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

- ট্রমা সার্জারি
- অর্থোপেডিক সার্জারি
- নিউরোসার্জারি
- প্রসূতি ও স্ত্রীরোগবিদ্যা
- এনেন্সেসিওলজি
- পেডিয়াট্রিক্স
- ইউরোলজি

3. স্বাধীন প্রদানকারী

রোগীরা হাসপাতাল বা হাসপাতালের সরাসরি কর্মচারী নয় এমন কোনো পরিষেবার বিলের জন্য আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারবেন না। উদাহরণস্বরূপ, যদি কোনো রোগীর চিকিৎসা হাসপাতালে কর্মরত এমন কোনো চিকিৎসক করেন যিনি হাসপাতালের বেতনভোগী কর্মচারী নন, তাহলে চিকিৎসক চিকিৎসকের পরিষেবার জন্য আলাদাভাবে বিল করতে পারেন।

হাসপাতালে অনুশীলনকারী কিছু বিশেষজ্ঞ হাসপাতাল বা কোনো অনুমোদিত অনুশীলন গোষ্ঠী দ্বারা নিযুক্ত নন। তারা স্বাধীন পরিষেবা প্রদানকারী যারা মাঝে মাঝে হাসপাতালে পরিষেবা প্রদান করেন। এই বিশেষজ্ঞের সাধারণত জরুরি সেবা এবং ইনপেশেন্ট পরামর্শ সহ কোনো পরিষেবার জন্য হাসপাতাল FAP এ অংশগ্রহণ করেন না।

যোগ্যতা:

1. FAP আবেদন

রোগীর ইউনিফর্ম আর্থিক সহায়তা আবেদনপত্র পূরণের পর হাসপাতাল কর্তৃক মনোনীত আর্থিক পরামর্শদাতাদের যাচাইয়ের মাধ্যমে হাসপাতাল আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করবে।

জরুরি পরিষেবার জন্য আর্থিক সহায়তার যোগ্য হতে হলে, রোগীকে অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেটের বাসিন্দা হতে হবে। চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার জন্য আর্থিক সহায়তার যোগ্য হতে হলে, রোগীকে স্টেট কর্তৃক নির্ধারিত হাসপাতালের প্রাথমিক পরিষেবা এলাকার মধ্যে থাকতে হবে এবং তাকে বীমাহীন বা সীমিত বীমা সম্পন্ন হতে হবে। উভয় পরিস্থিতিতেই, রোগীর আয় পূর্বনির্ধারিত আয়ের সীমা অতিক্রম করতে পারবে না।

এছাড়াও, রোগীকে হাসপাতাল এবং/অথবা এর অধিভুক্ত স্থানগুলোতে জরুরি বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবা গ্রহণ করতে হবে এবং তাকে বীমাহীন, সীমিত বীমা সম্পন্ন (যেমনটি রাষ্ট্র কর্তৃক নির্ধারিত) হতে হবে, অথবা সেই পরিষেবাগুলোর জন্য তার স্বাস্থ্য বীমা সুবিধাগুলো শেষ হয়েছে বলে মনে করা হবে। রোগীকে হাসপাতাল কর্তৃক নির্ধারিত অন্য কোনো সরকারি সহায়তা কর্মসূচির জন্যও অযোগ্য হতে হবে।

অতএব, যেসব রোগী মেডিকেড এর মাধ্যমে বীমাকৃত কিন্তু তাদের ক্ষেত্রে বীমার আওতার বাইরে থাকা সেবা (non-covered services) এর জন্য চার্জ রয়েছে, এবং অন্যান্য অসহায় (Indigent Care) রোগীদের ক্ষেত্রেও যদি এমন বীমার আওতার বাইরে থাকা সেবা (non-covered services) এর চার্জ থাকে—তাহলে রোগীরা যদি হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা নির্দেশিকা ও প্রোটোকল অনুযায়ী যোগ্য হন, সেক্ষেত্রে সেগুলোকে দাতব্য সেবা (Charity Care) হিসেবে বিবেচনা করা হতে পারে। এছাড়াও, প্রযোজ্য ক্ষেত্রে স্টেট মেডিকেড নির্ধারিত সীমার উপরে থাকা মেডিকেড ইনপেশেন্ট অবস্থানের সময়কাল বা আউটপেশেন্ট ভিজিটের সীমা অতিক্রমজনিত চার্জকেও হাসপাতাল দাতব্য সেবা (Charity Care) হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করবে।

রোগীরা পরিষেবার তারিখ থেকে শুরু করে এবং সংগ্রহ প্রক্রিয়া জুড়ে যেকোনো সময় আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারবেন।

যোগ্যতা নির্ধারণের সময় অভিবাসন অবস্থা বিবেচনা করা হবে না।

2. পরিবারের আকার, বীমাকৃতদের সংখ্যা কম, আয়, চিকিৎসা ব্যয় এবং যোগ্যতা নির্ধারণ:

আর্থিক সহায়তার মাত্রা পরিবারের আকার এবং বর্তমান আয়ের স্তরের উপর নির্ভর করে।

আর্থিক সহায়তা যোগ্য রোগীদের জন্য কোনও সম্পদ পরীক্ষা নেই।

পরিবারের সংজ্ঞা: জন্ম, বিবাহ বা দত্তক গ্রহণের মাধ্যমে সম্পর্কযুক্ত এবং একসঙ্গে বসবাসকারী দুই বা ততোধিক ব্যক্তির একটি দলকে (যাদের মধ্যে একজন গৃহপ্রধান), (সম্পর্কিত উপ-পরিবারের সদস্যসহ) একটি পরিবারের সদস্য হিসেবে বিবেচিত হবে।

"সীমিত বীমা" বলতে সেই রোগীদের বোঝায় যাদের চিকিৎসা ব্যয় গত 12 মাসে তাদের আয়ের 10% ছাড়িয়ে গেছে।

ব্যয় পূর্ববর্তী পরিবারের মোট মাসিক আয়কে "আয়" হিসাবে মূল্যায়ন করা হয়।

আয়ের মধ্যে রয়েছে: মোট মজুরি; বেতন; টিপস; ব্যবসা এবং আত্ম-কর্মসংস্থান থেকে আয়; বেকারত্ব ক্ষতিপূরণ; শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ; সামাজিক নিরাপত্তা; সম্পূর্ণক নিরাপত্তা আয়; ভেটেরেনদের বেতন; সারভাইভার বেনিফিটস; পেনশন বা অবসর আয়; সুদ; লভ্যাংশ;

রয়্যালটি; ভাড়াকৃত সম্পত্তি, এস্টেট এবং ট্রাস্ট থেকে আয়; অ্যালিমনি (ভরণপোষণ); শিশু ভরণপোষণ; পরিবারের বাইরে থেকে সহায়তা; এবং অন্যান্য বিবিধ উৎস।

প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয় বলতে জরুরি বা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য যেকোনো ব্যক্তিগত খরচ (যেমন, কর্তনযোগ্য, কো-পে, সহ-বীমা, আমানত ইত্যাদি) বোঝায়, তবে স্বাস্থ্য বীমা প্রিমিয়ামের খরচ অন্তর্ভুক্ত নয়।

- যদি একটি হাসপাতালে রোগীর আয়ের ১০% এর বেশি পরিচর্যা খরচ গৃহীত হয় এবং যেখানে রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করছেন, সেই হাসপাতালগুলো যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য রোগীর অ্যাকাউন্ট ব্যবহার করতে পারে। অন্যথায়, রোগীকে প্রদত্ত বিলের প্রমাণ বা চিকিৎসা ব্যয় পরিশোধের অন্যান্য নথিপত্র সরবরাহ করতে হবে।

রোগীদের সম্পদ (যেমন বাড়ি, গাড়ি ইত্যাদি) বিবেচনা করা হবে না। আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা কেবলমাত্র পরিবারের আয়ের উপর নির্ভর করে যাচাই করা হয়।

আর্থিক সহায়তার আবেদন বিবেচনা করার সময় রোগীদের হাসপাতালের বিল পরিশোধ করতে হবে না এবং তারা সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলমান সময় সহ যেকোনো সময়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।

হাসপাতাল রোগীদের প্রথমে মেডিকেড, গুরুত্বপূর্ণ পরিকল্পনা, বা অন্যান্য জনস্বাস্থ্য কর্মসূচির জন্য আবেদন করতে বলতে পারে (যদি তাদের অভিাসন অবস্থা রোগীকে এই কর্মসূচির কোনোটির জন্য অযোগ্য না করে)।

যোগ্যতা নির্ধারণে প্রভাব ফেলতে পারে রোগীর জীবন-সম্পর্কিত যেকোনো পরিবর্তন, যেমন বিবাহ, সন্তানের জন্ম, চাকরি হারানো, এবং/অথবা আয়ের পরিবর্তন, অথবা আওতাভুক্ত পরিষেবার জন্য তৃতীয় পক্ষের স্বাস্থ্য বীমায় তালিকাভুক্তি। আর্থিক সহায়তা গ্রহণকারী রোগীদের অবস্থার এই ধরনের কোনও পরিবর্তন সম্পর্কে হাসপাতালকে অবগত করতে হবে।

আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্ধারণ ছয় মাসের জন্য কার্যকর থাকে এবং আবেদনকারীদের তাদের আর্থিক সহায়তা নবায়নের জন্য পুনরায় আবেদন করতে হয়।

3. যোগ্যতা নির্ধারণের পূর্বে বিলিং

আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য হিসেবে চিহ্নিত না হলে রোগীর কাছ থেকে মোট খরচ নেওয়া হবে এবং সেই অনুযায়ী খরচ সমন্বয় করা হবে।

রোগী আবেদন জমা দেওয়ার পরে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হলে, হাসপাতাল স্টেট-ভিত্তিক নির্দেশিকা অনুসারে রোগীর দায়িত্ব নির্ধারণ করবে।

হাসপাতাল রোগীর সহায়তার আবেদনের ভিত্তিতে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করে। রোগীর সহায়তার আবেদন সমর্থন করার জন্য হাসপাতাল নির্দিষ্ট আয় এবং পরিবারের আকারের নথিপত্রের দাবি করতে পারে।

অনুমানমূলক আর্থিক সহায়তা

যদি কোনো রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন না করেন এবং সংশ্লিষ্ট সেবার জন্য অন্য কোনো প্রয়োজ্য বীমা সুবিধা চিহ্নিত না হয়, তবে জরুরি এবং/অথবা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য চূড়ান্ত বিলের একটি অংশ দাতব্য সেবা হিসেবে বিবেচিত হতে পারে। এক্ষেত্রে রোগীর পরিশোধযোগ্য অর্থের হ্রাসের পরিমাণ একই ধরনের সেবার জন্য হাসপাতালের সর্বোচ্চ ভলিউম পেয়ার কর্তৃক প্রদানকৃত প্রতিপূরণের (reimbursement) ভিত্তিতে নির্ধারিত হবে।

হাসপাতাল রোগীর আর্থিক তথ্য যাচাই বা যাচাইয়ের জন্য একজন এজেন্টকে ব্যবহার করার অধিকার সংরক্ষণ করে। হাসপাতাল বা চুক্তিবদ্ধ সত্তা রোগীর আয় এবং পরিবারের আকার নির্ধারণের জন্য সফট ক্রেডিট চেক ব্যবহার করতে পারে। অনুমানমূলক আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করা যেতে পারে এবং নির্ধারিত অ্যাকাউন্টগুলোতে প্রয়োগ করা যেতে পারে যদি, অথবা যখন, তৃতীয় পক্ষের মাধ্যমে রোগীর বর্তমান আয় নির্ভরযোগ্যভাবে প্রতিষ্ঠিত করা যায় এবং আয় ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের 400% এর নিচে নেমে যায়।

4. সময়:

আর্থিক সহায়তার আবেদন অনুমোদন বা প্রত্যাহ্যনের বিষয়ে যোগ্যতা নির্ধারণ সম্পূর্ণ আবেদন প্রাপ্তির সর্বাধিক 30 দিনের মধ্যে করা হয়। আবেদন জমা দেওয়ার পর রোগীকে আবেদনের সাথে প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত নথি যুক্ত করার জন্য এবং তথ্য জমা দেওয়ার জন্য 20 দিন পর্যন্ত সময় দেওয়া হয়।

যোগ্যতা নির্ধারণের সকল তথ্য আবেদনকারীদের লিখিতভাবে প্রদান করা হয়।

FAP এর অধীনে, অ্যাকাউন্ট (গুলো) সংগ্রহে থাকলেও, রোগীরা আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।

সহায়তার আবেদন বিবেচনাকালীন সময় এবং সিদ্ধান্ত গৃহীত না হওয়া পর্যন্ত আর্থিক সহায়তার আবেদনকারীদের হাসপাতালের বিল (গুলি) পরিশোধ করতে হবে না।

5. আবেদন অনুমোদন, প্রত্যাহ্যান এবং যাচাইয়ের প্রক্রিয়া:

হাসপাতালের কর্মীরা রোগীদের আবেদন প্রক্রিয়ায় সহায়তা প্রদান করে, যার মধ্যে নীতি এবং পদ্ধতিসমূহের ব্যাখ্যা অন্তর্ভুক্ত। আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদনকারী রোগীদের অবশ্যই যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য প্রদান করতে হবে।

যদি হাসপাতালের বিবেচনায় কোনো রোগী মেডিকেড বা অন্য কোনো স্বাস্থ্যবীমা কর্মসূচির জন্য যোগ্য হতে পারেন বলে মনে হয়, তবে হাসপাতালের নীতিমালা অনুযায়ী আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা প্রদানের পূর্বে রোগীকে ঐ ধরনের কভারেজের জন্য আবেদন করতে হবে। আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্ধারণ আবেদনপত্র সম্পূর্ণ হওয়ার পর করা হয় এবং মেডিকেডের সিদ্ধান্তের জন্য অপেক্ষা করে তা বিলম্বিত করা হয় না।¹

যখনই সম্ভব, মেডিকেড আবেদন জমা দেওয়ার সাথে সাথে একটি আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্ধারণ করা হয়। মেডিকেড আবেদন প্রক্রিয়াকরণের সময় সেবায় কোনো অযৌক্তিক বাধা তৈরি হওয়া ঠেকাতে এমনটি করা হয়। যাই হোক না কেন, মেডিকেড নির্ধারণের 30 দিনের মধ্যে আর্থিক সহায়তার বিষয়ে একটি সিদ্ধান্ত প্রদান করা হবে।

আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদনকারীদের বর্তমান আয় এবং পরিবারের আকারের প্রমাণ দেখাতে এবং/অথবা প্রদান করতে বলা হবে। আয়ের প্রমাণ হিসেবে সরাসরি বেতনের কাগজপত্র, নিয়োগ পত্র, বা কর ফর্ম প্রদান করে দেখানো যেতে পারে। New York State Department of Health এর NYS of Health মার্কেটপ্লেস ওয়েবসাইটের মাধ্যমে যাচাই করা হলে আয়ের প্রমাণ পরোক্ষভাবে প্রতিষ্ঠিত করা যেতে পারে।

প্রয়োজনীয় নথিপত্রের মধ্যে উপযুক্ত পরিস্থিতিতে আয়ের স্ব-প্রত্যয়ন অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

¹ East New York ও Ozone Park/Clocktower এর হাসপাতালের প্রতিষ্ঠানগুলোতে, আর্থিক সহায়তা পাওয়ার জন্য রোগীকে মেডিকেড কভারেজের আবেদন করার প্রয়োজন হয় না।

আর্থিক সহায়তার অনুমোদন নির্ধারিত হওয়ার পর, FAP যোগ্য কোনো ব্যক্তির কাছ থেকে একই ধরনের সেবার জন্য সাধারণত মেডিকেড কর্তৃক পরিশোধিত হারের বেশি অর্থ গ্রহণ করা যাবে না। আর্থিক সহায়তার অনুমোদন ছয় মাসের জন্য প্রযোজ্য থাকবে। বর্তমান যোগ্যতার মেয়াদ শেষ হওয়ার পর যোগ্যতা ধারাবাহিকভাবে বজায় রাখার জন্য একজন আর্থিক পরামর্শদাতা দ্বারা পুনর্মূল্যায়ন প্রয়োজন হবে।

যোগ্যতা নির্ধারণ রোগীকে লিখিতভাবে প্রদান করা হয় এবং রোগী কীভাবে অস্বীকৃতির বিরুদ্ধে আপিল করতে পারেন তা অন্তর্ভুক্ত করে। আর্থিক সহায়তা অস্বীকৃতি পত্রে অস্বীকৃতির ভিত্তি ব্যাখ্যা করা হয় এবং রোগী তার যোগ্যতা বা অস্বীকৃতি নির্ধারণের পর্যালোচনার অনুরোধ করার প্রক্রিয়া অন্তর্ভুক্ত থাকে।

6. আপিল:

যেসব রোগী তাদের আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্ধারণের সাথে একমত নন, তারা আর্থিক সহায়তার আপিল প্রক্রিয়ার মাধ্যমে তাদের যোগ্যতা নির্ধারণের পর্যালোচনার অনুরোধ জানিয়ে একটি অভ্যন্তরীণ আপিল দায়ের করতে পারেন। সমস্ত আপিল আর্থিক অফিসের পরিচালক (এবং/অথবা তার মনোনীত ব্যক্তি) দ্বারা পর্যালোচনা করা হয় এবং আপিলের 30 দিনের মধ্যে লিখিতভাবে একটি প্রতিক্রিয়া প্রদান করা হয়।

যদি রোগী আপিলের সিদ্ধান্তের সাথে দ্বিমত পোষণ করতে থাকেন, তাহলে তিনি হাসপাতালের প্রধান আর্থিক কর্মকর্তা (অথবা তার মনোনীত ব্যক্তি) দ্বারা পর্যালোচনার জন্য আপিলটি এগিয়ে নিতে পারেন।

আপিল প্রক্রিয়া চলাকালীন সময়ে রোগী কোনো প্রযোজ্য হাসপাতালের বিল পরিশোধের জন্য দায়ী থাকবে না।

যদি কোনও রোগী যোগ্যতা নির্ধারণের সাথে একমত না হন কিন্তু হাসপাতালের মাধ্যমে আপিল করতে না চান, তাহলে তিনি সরাসরি 800-804-5447 নম্বরে New York State Department of Health এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

7. বিলিং ও সংগ্রহ:

Flushing Hospital Medical Center ভর্তি/নিবন্ধন, ছাড়পত্র প্রক্রিয়া এবং রোগীদের পাঠানো সমস্ত বিল এবং বিবৃতির সময় আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির প্রাপ্যতা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করে। FHMC রোগীরা যেকোনো সময়ে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন, এমনকি সংগ্রহ প্রক্রিয়া চলাকালীন সময়েও।

এছাড়াও, হাসপাতালটি বাইরের চুক্তিবদ্ধ সংগ্রহ সংস্থাগুলোকে রোগীদের কাছে, যখনই সম্ভব, FAP এর একটি সহজ ভাষায় সারসংক্ষেপ এবং আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির প্রাপ্যতা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করতে বাধ্য করে।

হাসপাতালটি FA এর যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য ছাড়যুক্ত ফি নির্ধারণের জন্য IRS দ্বারা প্রতিষ্ঠিত "সম্ভাব্য" (prospective) পদ্ধতি ব্যবহার করে। বিশেষ করে, হাসপাতালটি IRS আর্থিক সহায়তা নীতির চূড়ান্ত নিয়ম মেনে মেডিকেড ফি সিডিওলের ভিত্তিতে দাতব্য ছাড়প্রাপ্ত ফি নির্ধারণ করে।

এছাড়াও, FA এর যোগ্য সীমিত বীমার আবেদনকারীদের জন্য, হাসপাতাল রোগীর বীমা খরচ ভাগাভাগি অনুসারে প্রদত্ত পরিমাণের প্রযোজ্য শতাংশ চার্জ করবে - New York State (NYS) স্বাস্থ্য কমিশনার কর্তৃক প্রতিষ্ঠিত নির্দেশিকা অনুসারে।

NYS আর্থিক সহায়তা আইন অনুসারে, 20 অক্টোবর, 2024 তারিখ থেকে, যেসব রোগীদের আয় নিম্নরূপ তাদের কাছ থেকে সর্বোচ্চ যে পরিমাণ চার্জ করা যেতে পারে:

FPL এর 200% পর্যন্ত আয়ের যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য: চার্জ মওকুফ, কোনও নামমাত্র পেমেন্টও প্রদেয় নয়।

FPL এর 201% থেকে 250% পর্যন্ত আয়ের যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য, সব কভারকৃত সেবার জন্য বিল করা হবে 5% হারে। এই 5% হিসাব করা হবে সেই পরিমাণের উপর ভিত্তি করে, যা একই সেবার জন্য হাসপাতাল মেডিকেড থেকে পেত, অথবা রোগীর বীমার খরচ ভাগাভাগি অনুযায়ী যা পরিশোধ করা হতো।

FPL এর 251% থেকে 300% পর্যন্ত আয়ের যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য, সব কভারকৃত সেবার জন্য বিল করা হবে 10% হারে। এই 10% হিসাব করা হবে সেই পরিমাণের উপর ভিত্তি করে, যা একই সেবার জন্য হাসপাতাল মেডিকেড থেকে পেত, অথবা রোগীর বীমার খরচ ভাগাভাগি অনুযায়ী যা পরিশোধ করা হতো।

FPL এর 301% থেকে 350% পর্যন্ত আয়ের যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য, সব কভারকৃত সেবার জন্য বিল করা হবে 15% হারে। এই 15% হিসাব করা হবে সেই পরিমাণের উপর ভিত্তি করে, যা একই সেবার জন্য হাসপাতাল মেডিকেড থেকে পেত, অথবা রোগীর বীমার খরচ ভাগাভাগি অনুযায়ী যা পরিশোধ করা হতো।

FPL এর 351% থেকে 400% পর্যন্ত আয়ের যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য, সব কভারকৃত সেবার জন্য বিল করা হবে 20% হারে। এই 20% হিসাব করা হবে সেই পরিমাণের উপর ভিত্তি করে, যা একই সেবার জন্য হাসপাতাল মেডিকেড থেকে পেত, অথবা রোগীর বীমার খরচ ভাগাভাগি অনুযায়ী যা পরিশোধ করা হতো।

যেসব ক্ষেত্রে কোনো চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবার জন্য মেডিকেড বা বীমা কোনো ক্ষতিপূরণ পদ্ধতি প্রদান করে না, সেসব ক্ষেত্রে আর্থিক সহায়তা প্রাপ্ত রোগীদের হাসপাতালের খরচের একটি নির্দিষ্ট শতাংশ অনুযায়ী বিল করা হবে, যা আর্থিক সহায়তার ছাড়ের ধাপ অনুযায়ী নির্ধারিত হবে।

যেসব রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য অনুমোদিত, অথবা যারা আর্থিক কষ্টের কথা জানান, তাদের বকেয়া অর্থ পরিশোধের জন্য হাসপাতাল কিস্তিতে পরিশোধের ব্যবস্থা প্রদান করে।

যোগ্য FA আবেদনকারীদের ক্ষেত্রে হাসপাতালের মাসিক কিস্তির পরিমাণ আবেদনকারীর মোট মাসিক আয়ের 5% এর বেশি হবে না।

যোগ্য ব্যক্তিদের জন্য হাসপাতাল সর্বোচ্চ 2% সুদের হার ধার্য করবে। কোনো রোগী কিস্তি দিতে ব্যর্থ হলে অতিরিক্ত সুদের হার চালু হয়—এমন কোনো এক্সিলেরেটোর বা অনুরূপ ধারা এখানে নেই।

হাসপাতাল কোনো ধরনের অস্বাভাবিক বা কঠোর আদায় কার্যক্রম (ECAs) পরিচালনা করে না।

হাসপাতাল অ্যাকাউন্টের সংগ্রহের জন্য পাঠানোর কমপক্ষে 30 দিন আগে রোগীদের বিল ও বিবৃতির সাথে একটি লিখিত নোটিশ অন্তর্ভুক্ত করে।

হাসপাতাল তার চুক্তিবদ্ধ সকল সংগ্রহ সংস্থাকে, হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা নীতি অনুসরণে বাধ্য করে।

পরিষেবা প্রদানের সময় মেডিকেডের জন্য যোগ্য যে কোনও রোগীর বিরুদ্ধে সংগ্রহ নিষিদ্ধ।

হাসপাতাল কোনো রোগীর প্রাথমিক বাসস্থান বিক্রি বা বন্ধকী করে বিল পরিশোধের উপর জোর দেয় না।

হাসপাতাল কোনও তৃতীয় পক্ষের কাছে রোগীর ঋণ বিক্রি করবে না যদি না তৃতীয় পক্ষ ঋণ মওকুফ করে।

যে কোনো সংগ্রহের জন্য উল্লেখ করা অ্যাকাউন্টের রোগী আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে আগ্রহ প্রকাশ করলে, আবেদন প্রক্রিয়াকরণের জন্য হাসপাতালে পাঠানো হবে।

হাসপাতালের পক্ষে কাজ করা সমস্ত চুক্তিবদ্ধ সংগ্রহ সংস্থাগুলিকে আইনি পদক্ষেপ শুরু করার আগে হাসপাতালের লিখিত সম্মতি নিতে হবে।
রোগীর আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্বিশেষে, প্রথম চিকিৎসা বিলের 180 দিনের আগে বকেয়া আদায়ের জন্য মামলা করা হবে না।

হাসপাতাল FPL এর 400% পর্যন্ত আয়কারী রোগীদের বিরুদ্ধে বকেয়া চিকিৎসা বিল আদায়ের জন্য মামলা করবে না।

রোগীর বিরুদ্ধে আইনি পদক্ষেপ শুরু করার জন্য, প্রধান আর্থিক কর্মকর্তা একটি স্বাক্ষরিত প্রত্যয়নপত্র এই মর্মে প্রদান করবেন যে হাসপাতাল রোগীর আয় 400% FPL এর উপরে নির্ধারণ করেছে।

আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্বিশেষে, হাসপাতাল কোনো রোগীর ঋণ তৃতীয় পক্ষের কাছে বিক্রি করতে পারবে না, যদি না তৃতীয় পক্ষ সমস্ত ঋণ মওকুফ করতে চায় এবং আদায় থেকে বিরত থাকতে চায়। হাসপাতালের দায়িত্ব হলো নিশ্চিত করা যে কোনো ঋণ ক্রেতা যদি ঋণটি কিনে থাকে, তবে তা ঋণটি সম্পূর্ণভাবে মওকুফ বা নিষ্পত্তি করার উদ্দেশ্যেই করা হয়েছে।

যেসব রোগীর অ্যাকাউন্টের বকেয়া অর্থ তাদের নিজস্ব দায়িত্ব হিসেবে নির্ধারিত হয়েছে, তাদের ক্ষেত্রে হাসপাতাল New York State Lien Law Section 189 এবং অন্যান্য প্রযোজ্য আইন, বিধি বা নিয়ম অনুযায়ী একটি লিয়েন আরোপ করতে পারে। এই লিয়েন রোগীর যেকোনো আইনি অধিকার, মামলা, দাবি, পাল্টা দাবি, দাবি-দাওয়া বা সমঝোতা এর ওপর প্রযোজ্য হতে পারে, যদি সেগুলো হাসপাতাল থেকে চিকিৎসা, সেবা বা যত্ন গ্রহণের আগে ঘটে যাওয়া ব্যক্তিগত আঘাত এর সাথে সম্পর্কিত হয়।

যেসব রোগীর অ্যাকাউন্টে হাসপাতালের লিয়েন দাখিল করা হয়েছে, সেগুলো এই প্রোগ্রামের আওতায় কভারেজের জন্য যোগ্য নয় যদি হাসপাতাল এবং রোগী/জামিনদারের মধ্যে স্বাধীন পর্যালোচনা, বিবেচনা এবং পরবর্তী নিষ্পত্তি না হয়।

রিপোর্টিং ও সম্মতি:

FH FAP, জরুরি চিকিৎসা নীতি, বিলিং এবং সংগ্রহ নীতি প্রতিষ্ঠানের অনুমোদিত সংস্থা (ট্রাস্টি বোর্ড) দ্বারা গৃহীত হয়েছে।

FHMC, দরিদ্র পরিচর্যা পুলে অংশগ্রহণের শর্ত হিসেবে, একজন স্বাধীন লাইসেন্সপ্রাপ্ত পাবলিক অ্যাকাউন্ট্যান্টের দ্বারা সত্যায়নের মাধ্যমে প্রত্যয়ন করে যে হাসপাতাল রিপোর্টিং আইন অনুসরণ করেছে।

হাসপাতালের অর্থ বিভাগ বার্ষিক ভিত্তিতে NYS স্বাস্থ্য বিভাগ এবং মেডিকেয়ার এবং মেডিকেড পরিষেবা কেন্দ্রগুলোতে আর্থিক সহায়তা ব্যয়ের প্রতিবেদন জমা দেয়।

আর্থিক সহায়তা খরচ রিপোর্টিং তথ্য সরাসরি হাসপাতালের ইলেকট্রনিক মেডিকেল রেকর্ড সিস্টেম থেকে তৈরি নিবন্ধন রিপোর্ট থেকে সংগ্রহ করা হয়।

আর্থিক সহায়তা খরচ রিপোর্টিংয়ে নিম্নলিখিতগুলো অন্তর্ভুক্ত থাকে:

- বীমাবিহীন যোগ্য রোগীদের সেবা প্রদানের জন্য যে খরচ এবং অসংগৃহীত অর্থ প্রদান করা হবে, হাসপাতাল তা প্রদান করবে।
- নামমাত্র মূল্যে প্রদত্ত সেবার পরিমাণ।
- বীমা বা অন্যান্য তৃতীয় পক্ষের প্রদানকারী কভারেজ সহ যোগ্য রোগীদের জন্য কর্তনযোগ্য এবং সহ-বীমার জন্য হাসপাতালের খরচ এবং অসংগৃহীত অর্থের পরিমাণ।
- জিপ কোড, বয়স, জাতি, বর্ণ, লিঙ্গ এবং বীমা অবস্থা অনুসারে সংগঠিত রোগীর সংখ্যা, যারা আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করেছে।
- রোগীর জনমিতিক তথ্য, যার মধ্যে রয়েছে তাদের বয়স, লিঙ্গ, জাতি, বর্ণ এবং বীমা অবস্থা।
- অনুমোদিত আবেদনের সংখ্যা ও প্রত্যাখ্যাতকৃত আবেদনের সংখ্যা;
- ইন্ডিজেন্ট কেয়ার পুল (Indigent Care Pool) থেকে দরিদ্রদের সেবার জন্য প্রাপ্ত প্রতিদান।
- এই ধরনের দান বা ট্রাস্টের শর্তাবলী অনুসারে যোগ্য রোগীদের আর্থিক সহায়তা প্রদানের উদ্দেশ্যে প্রতিষ্ঠিত দাতব্য উইল বা ট্রাস্ট থেকে দাতব্য সেবার জন্য ব্যয় করা তহবিলের পরিমাণ।
- মেডিকেডের অধীনে যোগ্যতার জন্য হাসপাতাল রোগীদের পূরণ করতে সহায়তা করেছে এমন আবেদনের সংখ্যা এবং প্রত্যাখ্যাত ও অনুমোদিত আবেদনের সংখ্যা।
- মেডিকেডের অধীনে প্রদত্ত পরিষেবার ফলে হাসপাতালের আর্থিক ক্ষতি।
- হাসপাতাল কর্তৃক ব্যবহৃত সংগ্রহ প্রক্রিয়ার মাধ্যমে রোগীদের প্রাথমিক বাসস্থানে স্থাপিত লিয়েনের সংখ্যা।

গুণমানের নিশ্চয়তা:

প্রতি বছর অভ্যন্তরীণ নিরীক্ষা বিভাগ এলোমেলোভাবে পনেরোটি (15) সেলফ-পে/আর্থিক সহায়তা অ্যাকাউন্ট নির্বাচন করবে এবং পরীক্ষা করবে যে নির্ধারিত হাসপাতাল কর্মীরা আর্থিক সহায়তা নীতি ও পদ্ধতি মেনে রোগীর যোগ্যতা নির্ধারণ বা অ্যাকাউন্টের অবস্থা নির্ধারণ করেছেন কি না। এই পর্যালোচনাগুলো ব্যবহার করা হবে নীতি মেনে চলা হচ্ছে কিনা তা নিশ্চিত করতে এবং যেখানে প্রয়োজন সেখানে আর্থিক সহায়তা প্রক্রিয়া উন্নত করতে।

কর্মীদের শিক্ষা:

এছাড়া মানবসম্পদ বিভাগের নতুন কর্মীদের ওরিয়েন্টেশন ট্রেনিং এ এবং প্রতি বছরের স্টাফ ওরিয়েন্টেশন রিভিউ এ হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি সম্পর্কিত তথ্য ও প্রশিক্ষণ অন্তর্ভুক্ত করে।

পেশেন্ট অ্যাক্সেস বিভাগ রোগীদের সাথে যোগাযোগ করার জন্য বা আর্থিক সহায়তার আবেদনে সহায়তা করার জন্য দায়ী কর্মীদের বীমা এবং নিবন্ধন প্রশিক্ষণ প্রদান করে।

