

A

রোগীর তথ্য: অনুগ্রহ করে রোগীর পরিচর্যা প্রাপ্তি বিষয়ে এই সেকশনটি সম্পন্ন করুন

রোগীর নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: -

B

জনসংখ্যাগত এবং পরিবারের তথ্য:

স্ট্রিটের ঠিকানা: _____ টেলিফোন: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____ কাউন্টি: _____

নিয়োগকর্তা:

পূর্ণকালীন খণ্ডকালীন অবসরপ্রাপ্ত অক্ষম বর্তমানে কাজ করছেন না

পরিবারের সদস্যগণ:

1. নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ সম্পর্ক: নিজ

2. নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ সম্পর্ক: স্বামী বা স্ত্রী/অবিবাহিত অন্যান্য

ফাইল জয়েন্ট ট্যাক্স রিটার্ন হ্যাঁ না

3. নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ সম্পর্ক: _____ ট্যাক্স কর্তন: হ্যাঁ না

4. নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ সম্পর্ক: _____ ট্যাক্স কর্তন: হ্যাঁ না

5. নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ সম্পর্ক: _____ ট্যাক্স কর্তন: হ্যাঁ না

পরিবারের অতিরিক্ত সদস্যদের তালিকা করতে অনুগ্রহ করে একটি ভিন্ন কাগজ ব্যবহার করুন।

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য:

আবেদনকারীর MRN/GUAR _____ স্বামী বা স্ত্রী এর

MRN/GUAR _____

অপ্রাপ্তবয়স্ক যে MRN এর উপরে নির্ভরশীল (যদি প্রযোজ্য হয়) _____

C পরিবারে যারা চাকরি করেন তাদের উপার্জন

অনুগ্রহ করে পরিবারের সকল সদস্যদের তালিকা করুন যারা চাকরি থেকে উপার্জন করেন: প্রয়োজন হলে আরেকটি শিট সংযুক্ত করুন।

যারা চাকরি থেকে উপার্জন করেন তাদের সকল 3-সাম্প্রতিক পে-স্টাব আবেদনের সাথে জমা দিন।

পরিবারের সদস্যের নাম	আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক	মাসিক আয় (কর্তনের পূর্বে)
		\$
		\$
		\$
মোট মাসিক আয়		\$

D

পরিবারের অন্যান্য রিসোর্স (চাকরী করেন না) পরিবারের সকল সদস্যদের তথ্য তালিকাভুক্ত করুন, যেখানে প্রযোজ্য

আয়ের অন্য উপায়সমূহ	প্রতি মাসের পরিমাণ
চাইল্ড সাপোর্ট/ভরণপোষণ	\$
ফস্টার কেয়ার, টাউনশিপ ট্রাস্টি, চার্চ ইনকাম ইত্যাদি।	\$
স্যোসাল সিকিউরিটি অথবা স্যোসাল সিকিউরিটির অক্ষমতা	\$
পেনশন	\$
ভাড়া নেওয়া সম্পদ থেকে আয়	\$
বার্ষিক, লাভ, অবসরের পরে অর্থের বণ্টন	\$
বেকারত্ব বা কর্মীর ক্ষতিপূরণ	\$

E

পরিবারের সম্পদ

সম্পদের ধরণ	মোট
নগদ অর্থ	\$
সঞ্চয়ী অ্যাকাউন্ট	\$
চেকিং অ্যাকাউন্ট	\$
স্টক	\$
বন্ড	\$
সঞ্চয়ী বন্ড	\$
ডিপোজিটের সার্টিফিকেট	\$
মানি মার্কেট অ্যাকাউন্ট	\$
মিউচুয়াল ফান্ড	\$
ট্রাস্ট	\$

স্প্যারো হেলথ সিস্টেম আর্থিক সহায়তার আবেদন



অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করে লিখুন)	\$
মোট অন্যান্য আয়ের সোর্স	\$

অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করে লিখুন)	\$
মোট অন্যান্য আয়ের সোর্স	\$

F

স্বাস্থ্য বিষয়ক ইনস্যুরেন্স পাওয়ার যোগ্যতার যাচাইকরণ

<p>1. আপনি কি মেডিকেয়ার বা মেডিকেডের জন্য আবেদন করেছেন বা আবেদন গ্রহণ করা হয়নি</p> <p>1A. মেডিকেয়ার পার্ট A 1B. মেডিকেয়ার পার্ট B 1C. মেডিকেয়ার পার্ট C 1D. মেডিকেড</p> <p>মেডিকেডের জন্য যদি আপনার আবেদন গ্রহণ না করা হয়ে থাকে তবে কি এই অস্বীকৃতি গত 90 দিনের ভেতরে হয়েছিলো?</p>	<p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>	<p>3. আপনার নিয়োগকর্তা বা স্ত্রী বা স্বামীর নিয়োগকর্তা কি গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা অফার করেন</p> <p>4A. বিগত 3 থেকে 6 মাস ধরে কি আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে বীমার কাভারেজ ছিলো?</p> <p>যদি হ্যাঁ হয়, তবে COBRA কি উপলভ্য ছিলো?</p>	<p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>
<p>2. নিচে উল্লেখিত বিষয়ের সাথে সম্পর্কিত পরিষেবার জন্য আপনি কি আর্থিক সহায়তার আবেদন করছেন:</p> <p>2A. মোটরযান দুর্ঘটনা (MVA) 2B. অপরাধের শিকার 2C. কাজ সংশ্লিষ্ট ক্ষতিপূরণ 2D. অন্য কোনো আঘাত (যেমন, পিছলে পড়ে আঘাত লাগা বা পড়ে গিয়ে আঘাত পাওয়া)</p>	<p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>	<p>5. আপনার আর কোনো স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ইনস্যুরেন্স আছে?</p> <p>যদি উত্তর হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ইনস্যুরেন্স সম্পর্কিত তথ্য দিন:</p> <p>6. আপনি কি স্প্যারো হেলথ সিস্টেম পরিষেবা এরিয়ার ভেতরের একজন স্থায়ী বাসিন্দা?</p>	<p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p> <p><input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ</p>

G

অনুমোদন

আমি স্প্যারো নীতি এবং পদ্ধতি অনুসারে আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতার স্ট্যাটাস নির্ধারণের জন্য স্প্যারো হেলথ সিস্টেমের কাছে করা এই আবেদনে থাকা তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি। প্রয়োজন হলে স্প্যারো এই তথ্যটি যাচাই করতে পারবে বলে আমি অনুমতি দিচ্ছি, যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে তবে এতেই সীমাবদ্ধ নয়, একটি ক্রেডিট ব্যুরো রিপোর্ট প্রাপ্তি, কর্মসংস্থান এবং/অথবা আয় যাচাইকরণ এবং উপযুক্ত সহায়ক ডকুমেন্ট প্রাপ্তি। সকল তথ্য এবং আয় সম্পর্কিত ডকুমেন্ট যা আমি এই আবেদনে উল্লেখ করেছি তা যেভাবে উল্লেখ করা হয়েছে সেভাবে সত্য, নির্ভুল এবং সম্পূর্ণ। যদি আমার প্রদত্ত তথ্য যেকোনো সময়ে মিথ্যা বা ভুল প্রমাণিত হয়, তাহলে সকল আর্থিক সহায়তা প্রত্যাহার করা হবে এবং আমি যেকোনো এবং সকল বকেয়া অর্থের সম্পূর্ণ পরিমাণ অবিলম্বে ফেরত প্রদান করবো। আর্থিক সহায়তার ডিসকাউন্ট দেওয়ার পরে যদি কোনো অর্থ বকেয়া থাকে তবে আমি তা পরিশোধ করার জন্য সম্মতি জানাচ্ছি।

প্রিন্ট করা নাম: _____ রোগীর সাথে সম্পর্ক:

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

অনুগ্রহ করে আয়/রিসোর্স প্রমাণের জন্য প্রযোজ্য অনুলিপি(সমূহ) প্রদান করুন:

- যদি চাকরিজীবী হয়ে থাকেন, তবে সাম্প্রতিক তিনটি (3) পে-স্টাব
- সোশ্যাল সিকিউরিটি, পেনশন বা বার্ষিক স্টেটমেন্ট
- বিগত বছরের ট্যাক্স রিটার্ন, প্রযোজ্য হলে এর সাথে তফসিল 1 এবং তফসিল c
- যেকোনো ধরনের অতিরিক্ত আয় বা আয় সম্পর্কিত রিসোর্সের কপি
- আয় না থাকলে, মৌলিক চাহিদাগুলি কীভাবে পূরণ করা হয় তা উল্লেখ করে চিঠি (খাদ্য, বস্ত্র, বাসস্থান)