



আবেদন এবং অস্বীকৃতি
UMH-Sparrow আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060
গ্রামীণ স্বাস্থ্য আর্থিক সহায়তা আবেদন

আবেদনের তারিখ: _____

আবেদনকারীর ফোন নম্বর: _____

রোগীর তথ্য		
নামের প্রথম অংশ	নামের শেষ অংশ	জন্মতারিখ

UMH-Sparrow আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম (SFAP)-এ আগ্রহের প্রকাশ করার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। এর সাথে আবেদনপত্র এবং দাবিত্যাগের ফর্মটি সংযুক্ত করা হলো। নীচের তথ্যগুলি আপনার কাছ থেকে যে সকল ডকুমেন্ট প্রয়োজন তার একটি চেকলিস্ট। বিবাহিত হলে, আপনার স্বামী/স্ত্রীর ডকুমেন্ট অন্তর্ভুক্ত করতে ভুলবেন না। আপনাকে পরিবারের অন্যান্য সদস্যের ডকুমেন্টও জমা দেওয়ার জন্য বলা হতে পারে।

✓	প্রয়োজনীয় ডকুমেন্ট
	সাম্প্রতিক ফেডারেল আয়কর - ফর্ম 1040 শুধুমাত্র 1 এবং 2 নম্বর পৃষ্ঠা (W2s বা 1099s অন্তর্ভুক্ত করুন) <ul style="list-style-type: none">যদি অন্য কারোর করের উপর দাবি করা হয়, তাহলে সেই ব্যক্তির করের তথ্য পাঠান
	বেতনের সাম্প্রতিক পে-স্টাব (গুলো) বছরের-এখন-পর্যন্ত আয় সহ
	নীচের ডকুমেন্টগুলির মতো অন্যান্য আয়ের ডকুমেন্ট, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়: <ul style="list-style-type: none">সোশ্যাল সিকিউরিটি আয়চাইল্ড সাপোর্টভরণপোষণ
	আপনার পরিচয়পত্রের কপি (ড্রাইভিং লাইসেন্স, স্টেট বা সামরিক ID)
	কোন আয় না থাকলে মৌলিক চাহিদার ভেরিফিকেশন

আপনার আবেদনপত্র এবং ডকুমেন্টগুলো ফেরত পাঠাতে:

- তথ্য স্ক্যান করে (জেনারিক ফিন্যান্সিয়াল কাউন্সেলিং ইমেইল মূলতুবি) ইমেইল করুন।
- তথ্য এখানে মেইল করুন: UMH-Sparrow, আর্থিক কাউন্সিলিং, নতুন অ্যাড্রেস প্রয়োজন
- এই অ্যাড্রেসে তথ্য ফ্যাক্স করুন



আবেদন এবং অস্বীকৃতি
UMH-Sparrow আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060
গ্রামীণ স্বাস্থ্য আর্থিক সহায়তা আবেদন

কোনো প্রশ্ন থাকলে, আপনি আপনার SFAP আর্থিক কাউন্সেলরের সাথে 517.364.6060 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

মাসিক আয়	আবেদনকারী	স্বামী/স্ত্রী (অন্য সদস্য)
*কর্মসংস্থান	\$	\$
*সোশ্যাল সিকিউরিটি	\$	\$
*পেনশন/বার্ষিক আনুতোষিক	\$	\$
*অন্যান্য আয়	\$	\$
*IRA / 401K	\$	\$

পরিবার সংক্রান্ত তথ্য		
নাম:	সম্পর্ক:	বয়স:



আবেদন এবং অস্বীকৃতি
UMH-Sparrow আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060
গ্রামীণ স্বাস্থ্য আর্থিক সহায়তা আবেদন

দাবিত্যাগ

আমরা উপরের তথ্য যাচাই করার জন্য একটি ক্রেডিট রিপোর্ট পেতে পারি এবং গোপনীয়তা আইন অনুসারে, এটি বাইরের কারো সাথে শেয়ার করবো না। এই আবেদনপত্রে আপনার স্বাক্ষর নির্দেশ করে যে এই রিপোর্টটি ব্যবহারের বিষয়ে আপনি অবগত রয়েছেন এবং এতে অনুমোদন দিয়েছেন এবং আপনার স্বাক্ষর থাকার অর্থ এটাও বোঝায় যে, আপনি আপনার উপার্জন, আর্থিক, আয়, সম্পত্তি এবং বীমা কভারেজ সম্পর্কে সঠিক তথ্য প্রদান করছেন। আপনার আবেদনপত্রে ব্যবহার করা কোন তথ্য পরিবর্তন হলে, UMH-Sparrow-এ আপনার তথ্য অবিলম্বে আপডেট করা আপনার দায়িত্ব। পরিবর্তনগুলো রিপোর্ট করতে ব্যর্থ হলে অথবা জালিয়াতি বা অপব্যবহার হলে, UMH-Sparrow আপনাকে SFAP প্রোগ্রাম থেকে অযোগ্য ঘোষণা করতে পারে এবং SFAP-এর আওতায় যে চিকিৎসা ব্যয়গুলি কভার করা হয়েছিল তার জন্য আপনাকে অর্থ পরিশোধ করতে হতে পারে।

SFAP দ্বারা কভার করার সময় আপনি যে অর্থ পরিশোধ পান তার সাথে সম্পর্কিত পরিষেবাগুলির জন্য আমরা ভবিষ্যতের মামলা, মূলতুবি মামলা, বা পরিশোধ নীতিগুলিতে (যেমন AFLAC) একটি লিয়ন সুদ দাবী করতে পারি।

*আপনি এই দাবিত্যাগটি পড়েছেন এবং বুঝেছেন তা নির্দেশ করার জন্য অনুগ্রহ করে এখানে সংক্ষিপ্ত স্বাক্ষর দিন: _____

আবেদনকারী বা আইনগত অভিভাবকের স্বাক্ষর:

তারিখ: _____

আপনার আবেদনটি সময়মতো প্রক্রিয়া করার জন্য, অনুগ্রহ করে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব ফেরত পাঠান।



আবেদন এবং অস্বীকৃতি
UMH-Sparrow আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060
গ্রামীণ স্বাস্থ্য আর্থিক সহায়তা আবেদন

এই আবেদনটি UMH-Sparrow দ্বারা আপনার আর্থিক বাধ্যবাধকতা সমাধানে সহায়তা করার জন্য ব্যবহার করা হবে। আবেদনপত্রের সকল তথ্য গোপন রাখা হবে।

মৌলিক চাহিদার ডকুমেন্টেশন

আপনি যদি রিপোর্টে শূন্য আয় দেখান তাহলে অনুগ্রহ করে এটি পূরণ করুন।

তারিখ: _____

রোগীর নাম: _____ Date of Birth: _____

প্রত্যেক সেকশনে নামের আদ্যাঙ্কর এবং নির্দেশিত স্থানে স্বাক্ষর:

_____ আমার বর্তমানে কোনো আয় নেই

আয়ের মধ্যে যাকিছু অন্তর্ভুক্ত, তবে এতেই সীমাবদ্ধ নয়, - চাকরির বেতন, অক্ষমতা সংক্রান্ত পেমেন্ট,

বেকার ভাতা, পেনশন, বার্ষিক, ভাড়া থেকে অর্জিত আয় অথবা সোশ্যাল সিকিউরিটি।

_____ আমার প্রাথমিক চাহিদা (খাদ্য, বস্ত্র, বাসস্থান) যেভাবে মিটছে:

_____ (প্রাথমিক চাহিদা প্রদানকারী ব্যক্তি অথবা এজেন্সির নামের তালিকা)।



আবেদন এবং অস্বীকৃতি
UMH-Sparrow আর্থিক সহায়তা প্রোগ্রাম
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060
গ্রামীণ স্বাস্থ্য আর্থিক সহায়তা আবেদন

_____ আমি UMH-স্প্যারোকে অনুমোদন দিচ্ছি যেন তারা উপরোক্ত তালিকার মাধ্যমে আমার প্রাথমিক
চাহিদা

পূরণ হওয়ার বিষয়টি ভেরিফাই করতে পারেন।

রোগী অথবা প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ