

আর্থিক তথ্যের ফর্ম/আর্থিক সাহায্যের আবেদন

এই ফর্মটি পূরণ করার জন্য সাহায্য লাগলে বা আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে 713.338.5502 বা 800.526.2121 -- নম্বরে কল করুন - 5 টিপুন

রোগীর নাম:	ফোন
রোগীর ঠিকানা:	শহর, রাজ্য, জিপ কোড:
অ্যাকাউন্ট নম্বর(গুলি):	পরিষেবার তারিখ(গুলি):

নির্দেশ: সবকটি প্রশ্নের উত্তর অবশ্যই দিতে হবে। অপ্রাসঙ্গিক প্রশ্ন হলে, লাইনের ওপর প্রযোজ্য নয় লিখুন।

ফটোসহ একটি পরিচয় প্রমাণের ফটোকপি সংযুক্ত করুন (উদাহরণ: রাজ্যের জারি করা ড্রাইভার লাইসেন্স বা ছবিসহ পাসপোর্ট, ইত্যাদি) *

সর্বশেষ আমেরিকা বিটারের একটি ফটোকপি বা নিম্নলিখিত কোনও একটি আয়ের প্রমাণের ফটোকপি সংযুক্ত করুন:

* ফটো থাকা পরিচয়পত্র না থাকলে, পরিচয় দেখানো অন্য প্রমাণ ব্যবহার করা যেতে পারে। সাহায্যের জন্য উল্লিখিত ফোন নম্বরে যোগাযোগ করুন।

<input type="checkbox"/> গত 2টি বেতনের রসিদ	<input type="checkbox"/> সোশ্যাল সিকিউরিটি চেক বা পুরস্কারের চিঠি
<input type="checkbox"/> বেকার ভাতা সুনিশ্চিতকারী স্লিপ	<input type="checkbox"/> কর্মচারীর নাম, পেশা, ঘণ্টা প্রতি বেতন, কাজ করা ঘণ্টা উল্লেখ সহ নিয়োগকর্তার চিঠি

*** সমর্থনসূচক প্রমাণ ছাড়া এটিকে একটি সম্পূর্ণ আবেদন বিবেচনা করা হয় না। ***

স্থিতি:	<input type="checkbox"/> টেক্সাসের স্থায়ী বাসিন্দা	<input type="checkbox"/> বৈধ বাসিন্দা	<input type="checkbox"/> অভিবাসী ভিসা	<input type="checkbox"/> অনাভিবাসী ভিসা
বৈবাহিক স্থিতি (একটি লিখুন):	<input type="checkbox"/> বিবাহিত	<input type="checkbox"/> একা	<input type="checkbox"/> তালাকপ্রাপ্ত	
	<input type="checkbox"/> বিধবা/বিপন্নিক	<input type="checkbox"/> অন্য		

পরিবারের 18 বছরের কম বয়স্ক বাচ্চা এবং অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি (প্রয়োজন হলে, আর একটি পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন)

পুরো নাম	জন্ম তারিখ	মুখ্যসেত্বীদের সম্পর্ক (একটি লিখুন)			
		বাচ্চা	সভ-বাচ্চা	অভিভাবক	স্বামালক/বয়স্ক
					আত্মীয় নয়

নিয়োগের সারাংশ	
রোগী	স্বামী/স্ত্রী
নিয়োগকর্তা	নিয়োগকর্তা
পেশা	পেশা
নিয়োগের স্থিতি (একটিতে টিক দিন)	নিয়োগের স্থিতি (একটিতে টিক দিন)
<input type="checkbox"/> পূর্ণ-সময়ের <input type="checkbox"/> গৃহবধু	<input type="checkbox"/> আংশিক-সময়ের <input type="checkbox"/> বেকার <input type="checkbox"/> কাজে ফিরে যেতে অক্ষম

পরিবারের মাসিক আয়		পরিবারের মাসিক ব্যয় (FAA-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)	
রোগী	\$ /মাস	আবাসন:	নিজের/ঋণ নিয়ে কেনা ভাড়া
স্বামী/স্ত্রী	\$ /মাস	বাড়ির ঋণ পরিশোধ	\$ /মাস
স্ত্রীর জন্য খোরপোষ	\$ /মাস	ইউটিলিটি (বিদ্যুত, পানি)	\$ /মাস
বেকারস্ব	\$ /মাস	গাড়ি # 1	\$ /মাস
বাচ্চা সহায়তা	\$ /মাস	গাড়ি # 2	\$ /মাস
উত্তরজীবী ভাতা	\$ /মাস	গ্যাসোলিন	\$ /মাস
কর্মীদের ক্ষতিপূরণ	\$ /মাস	বীমা	\$ /মাস
ট্রাস্ট তহবিল	\$ /মাস	টিভি/কেবল/ফোন	\$ /মাস
অন্য	\$ /মাস	খাবার	\$ /মাস
মোট আয়	\$ /মাস	মোট ব্যয়	\$ /মাস

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট/অন্য সম্পত্তি (3টি প্রশ্নের উত্তর অবশ্যই দিতে হবে):		(FAA-এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)
চেকিং অ্যাকাউন্ট? (একটিতে গোল দাগ দিন)	হ্যাঁ	না
সেভিংস অ্যাকাউন্ট? (একটিতে গোল দাগ দিন)	হ্যাঁ	না
অতিরিক্ত সম্পত্তি? (একটিতে গোল দাগ দিন)	হ্যাঁ	না
	হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বর্ণনা দিন:	

উল্টো পিঠ দেখুন উল্টো পিঠ দেখুন



রোগীর নাম:

- শপথভঙ্গের সাজার অধীন আমি সাক্ষ্য দিচ্ছি যে আমার দেওয়া উত্তরগুলি আমার জ্ঞানে সত্য এবং সঠিক।
- আমার দেওয়া তথ্য পরিবারের আয় ও ব্যয় প্রতিফলিত করে।
- টাকা দেওয়ার পরিকল্পনা স্থির করার জন্য এবং/অথবা আর্থিক সাহায্যের একটি আবেদন শুরু করার জন্য এবং/অথবা বিভিন্ন কর্মসূচী, সুরক্ষা বা সাহায্যের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করার উদ্দেশ্যে Memorial Hermann এই তথ্য এবং তার সাথে ক্রেডিট প্রতিবেদন এবং প্রকাশ্য লভ্য তথ্য ব্যবহার করতে পারে।
- আমার বয়ান যাচাই করার জন্য আমি Memorial Hermann-কে যে কোনও উত্স থেকে তথ্য সংগ্রহ করার সম্মতি দিলাম।
- প্রদত্ত তথ্য আর্থিক সাহায্যের জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের ক্ষেত্রে অসম্পূর্ণ বা যথেষ্ট না হলে অথবা আপনি যোগ্যতার নির্ণায়ক পূরণ না করলে Memorial Hermann-এর থেকে চিঠি পাবেন। আপনি আর্থিক সাহায্যের জন্য যোগ্য হলেও একটি চিঠি পাবেন।
- যে রোগীরা আর্থিক সাহায্যের জন্য আবেদন করছেন তারা স্থানীয়, রাজ্য বা রাষ্ট্রীয় কর্মসূচী থেকে টাকা পাওয়ার জন্য যোগ্য হতে পারেন। প্রত্যাশা করা হয় রোগীরা আর্থিক সাহায্যের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের আগে উক্ত কর্মসূচীর জন্য আবেদন করবেন। Memorial Hermann উক্ত কর্মসূচীর জন্য আবেদন করতে ব্যক্তিদের সাহায্য করবে। উক্ত কর্মসূচীর জন্য আবেদন না করলে রোগীর আর্থিক সাহায্যের জন্য আবেদনের ওপর প্রতিকূল প্রভাব পড়তে পারে।
 - আমি সাক্ষ্য দিচ্ছি যে আমি সকল সম্ভাব্য বিমা সুরক্ষার জন্য আবেদন করেছি, যেমন Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance এবং অন্য যে কোনও স্থানীয়, রাজ্য বা রাষ্ট্রীয় সুরক্ষা।
- আমি বুঝি যে আমি আর্থিক সাহায্যের জন্য যোগ্য না হলে, পরিচর্যার খরচ আমাকে বহন করতে হবে।

রোগী/প্রতিশ্রুতিদাতার স্বাক্ষর

এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার পরে অনুগ্রহ করে তা এবং সমস্ত সমর্থন প্রমাণ ডাকযোগে, ফ্যাক্স বা ইমেল করে এই ঠিকানাতে পাঠান:

তারিখ

Patient Business Services

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

Attention: PBS Financial Assistance

ফ্যাক্স: 713-338-4261

ই-মেল:

MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

উল্টো পিঠ দেখুন

উল্টো পিঠ দেখুন

MEMORIAL
HERMANN