

রোগীর নাম \_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ \_\_\_\_\_  
শেষ প্রথম মাঝের আদ্যাক্ষর

ঠিকানা \_\_\_\_\_  
সংখ্যা এবং রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট # \_\_\_\_\_ শহর \_\_\_\_\_ রাজ্য \_\_\_\_\_ জিপি \_\_\_\_\_

টেলিফোন নম্বর(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ পেশা \_\_\_\_\_ নিয়োগকর্তা \_\_\_\_\_

নিয়োগকর্তার ঠিকানা \_\_\_\_\_ নিয়োগকর্তার টেলিফোন # \_\_\_\_\_

আয় - আপনার, স্বামী/স্ত্রী'র এবং অন্যান্য পরিবারের সদস্যদের সংযুক্ত আয় নিম্নলিখিত থেকে তালিকাভুক্ত করুন:

আয়ের ধরণ	মোট শেষ 3 মাসে	মোট শেষ 12 মাসে
মজুরি		
স্ব-নিযুক্তি আয়		
জনসাধারণের সহায়তাঃ		
সামাজিক নিরাপত্তা		
নিয়োগকর্তা/কর্মীর ক্ষতিপূরণ		
খোরপোশ		
শিশু সাহায্যতা		
পেনশন		
ডিভিডেন্ড থেকে আয়		
মোট		

হাসপাতাল দ্বারা আপনাকে আপনার দ্বারা উপরে উল্লেখ করা আয় প্রমাণ করার জন্য নথিপত্র জমা করার অনুরোধ করা হচ্ছে। নথিপত্রের উদাহরণের মধ্যে থাকতে পারে, যেমন পে স্টাব, নিয়োগকর্তার থেকে পত্র, যদি প্রযোজ্য হয়, ফর্ম 1040, ইত্যাদি।

পরিবারের আকার - আপনার পরিবারে বসবাসকারী সদস্যরা:

নাম	বয়স	সম্পর্ক

দ্রষ্টব্য: যদি অতিরিক্ত জায়গার প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে আরও একটি পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।

বিলিং এবং সংগ্রহ প্রক্রিয়াকালীন যেকোনো সময় হাসপাতালে এই আবেদনটি জমা করা যেতে পারে।

আপনার দ্বারা নিম্নলিখিত ঠিকানায় হাসপাতালে একবার সম্পূর্ণ করা আবেদন পত্র এবং সাহায্যমূলক নথিপত্র জমা হওয়ার পর, হাসপাতাল দ্বারা আপনার আবেদনের ওপর লিখিত সিদ্ধান্ত দেওয়া পর্যন্ত আপনি যে কোনও বিল উপেক্ষা করতে পারেন।

আর্থিক সহায়তা এই আবেদন জমা দিতে, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিতটি পড়ে নীচে নির্দেশিত স্থানে সই করুন।

আমি এতদ্বারা অনুরোধ করছি যে GRACIE SQUARE HOSPITAL আর্থিক সহায়তার জন্য আমার যোগ্যতার একটি লিখিত নির্ধারণ করুক। আমি বুঝেছি যে আমার বার্ষিক আয় এবং আমার পরিবারের আকারের সম্পর্কে আমি যে তথ্যটি জমা করেছি সেটি হাসপাতাল দ্বারা যাচাইকরণের সাপেক্ষ। আমি আরও বুঝেছি যে যদি আমার দ্বারা জমা করা তথ্যগুলি ভুল হিসেবে নির্ধারণ করা হয়, তাহলে এরকম নির্ধারণের ফলে আমার আর্থিক সহায়তা প্রত্যাখান করা হবে এবং আমি প্রদান করা পরিষেবার খরচ প্রদান করার জন্য দায়ী হতে পারি। আমি আবার সুনিশ্চিত করছি যে আমার জ্ঞান অনুযায়ী উপরোক্ত তথ্য সত্য এবং সঠিক। পুনরায়, আমি এতদ্বারা GRACIE SQUARE HOSPITAL-কে এই আবেদনপত্রে উপস্থিত যেকোনো তথ্য যাচাই করার জন্য আমার অনুমতি দিচ্ছি।

তারিখ \_\_\_\_\_ আবেদনকারীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ অ্যাকাউন্ট # \_\_\_\_\_

সম্পূর্ণ করা আবেদন নিম্নলিখিত ঠিকানায় পাঠাতে হবে:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services  
100 Jericho Quadrangle, Suite 202  
Jericho, NY 11753  
Att: George Plunkett  
অথবা ফ্যাক্স করুন : (516) 801-8504