

## আর্থিক তথ্য ফর্ম/আর্থিক সাহায্যের আবেদন

**এই ফর্ম সম্পন্ন করার জন্য সাহায্য লাগলে বা আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে 281.312.4012 বা 281.312.4000 নম্বরে কল করুন -- 5 টি পুন**

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

**নির্দেশ:** সকল 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) \***

**অতি সাম্প্রতিক আয় কর রিটার্নের একটি ফটোকপি সংযুক্ত করুন অথবা**

**আয়ের প্রমাণ হিসাবে নিম্নলিখিত কোনও একটির ফটোকপি সংযুক্ত করুন:**

গত 2 টি বেতনের রসিদ  সোশ্যাল সিকিউরিটি চেক বা অ্যাওয়ার্ডের চিঠি

বেকারত্ব ভাতার অনুমোদন স্লিপ  কর্মচারীর নাম, পেশা, ঘন্টা প্রতি বেতন, যত ঘন্টা কাজ করা হয়েছে তা উল্লেখ থাকা অবস্থায় নিয়োগকর্তার দেওয়া চিঠি

**\*\*\* সমর্থনসূচক দলিলপত্র ছাড়া এটি একটি সম্পন্ন করা আবেদন বিবেচনা করা হয় না। \*\*\***

**স্থিতি:**  টেক্সাসের স্থায়ী বাসিন্দা  বৈধ বাসিন্দা  অভিবাসী ভিসা  অনাভিবাসী ভিসা

**বৈবাহিক স্থিতি (একটি লিখুন):**  বিবাহিত  অবিবাহিত  বিবাহ-বিচ্ছেদ হওয়া

বিধবা/বিপন্নিক  অন্য \_\_\_\_\_

সংসারে 18 বছরের কম বয়স্ক বাচ্চা এবং অন্য মুখাপেক্ষীরা (প্রয়োজন হলে, আর একটি পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন)

পুরো নাম	জন্মতারিখ	মুখাপেক্ষীদের সম্পর্ক (একটি লিখুন)				
		বাচ্চা	সং-বাচ্চা	অভিভাবক	সাবালক/বয়স্ক	আত্মীয় নয়

**নিয়োগের সারাংশ**

রোগী	স্বামী/স্ত্রী
নিয়োগকর্তা	নিয়োগকর্তা
পেশা	পেশা
নিয়োগের স্থিতি (একটি লিখুন)	নিয়োগের স্থিতি (একটি লিখুন)
<input type="checkbox"/> পূর্ণ সময়ের <input type="checkbox"/> আংশিক সময়ের <input type="checkbox"/> বেকার	<input type="checkbox"/> পূর্ণ সময়ের <input type="checkbox"/> আংশিক সময়ের <input type="checkbox"/> বেকার
<input type="checkbox"/> গৃহবধু <input type="checkbox"/> কাজে ফিরতে অক্ষম	<input type="checkbox"/> গৃহবধু <input type="checkbox"/> কাজে ফিরতে অক্ষম

সংসারের মাসিক আয়		মাসিক সাংসারিক খরচ (FAA-এর জন্য প্রযোজ্য নয়)	
রোগী	\$ _____ /মাসিক	আবাসন:	নিজের/ঋণ নেওয়া _____ ভাড়া
স্বামী/স্ত্রী	\$ _____ /মাসিক	বাড়ির জন্য কিস্তি	\$ _____ /মাসিক
স্ত্রীর খোরপোষ	\$ _____ /মাসিক	ইউটিলিটিজ (বিদ্যুৎ, জল)	\$ _____ /মাসিক
বেকারত্ব	\$ _____ /মাসিক	গাড়ি # 1	\$ _____ /মাসিক
বাচ্চার জন্য সহায়তা	\$ _____ /মাসিক	গাড়ি # 2	\$ _____ /মাসিক
উত্তরজীবী ভাতা	\$ _____ /মাসিক	গ্যাসোলিন	\$ _____ /মাসিক
কর্মীর ক্ষতিপূরণ	\$ _____ /মাসিক	বিমা	\$ _____ /মাসিক
ট্রাস্ট তহবিল	\$ _____ /মাসিক	টিভি/কেবল/ফোন	\$ _____ /মাসিক
অন্য	\$ _____ /মাসিক	খাবার	\$ _____ /মাসিক
<b>মোট আয়</b>	<b>\$ _____ /মাসিক</b>	<b>মোট খরচ</b>	<b>\$ _____ /মাসিক</b>

**ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট/অন্য সম্পত্তি (প্রতি প্রশ্নের উত্তর অবশ্যই দিতে হবে):** (FAA-এর জন্য প্রযোজ্য নয়)

চেকিং অ্যাকাউন্ট? (একটিতে গোল দাগ দিন)	হ্যাঁ	না	বর্তমান ব্যালেন্স	\$ _____
সেভিংস অ্যাকাউন্ট? (একটিতে গোল দাগ দিন)	হ্যাঁ	না	বর্তমান ব্যালেন্স	\$ _____
অতিরিক্ত সম্পত্তি? (একটিতে গোল দাগ দিন)	হ্যাঁ	না	বর্তমান মূল্য	\$ _____

হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বর্ণনা দিন: \_\_\_\_\_

আর্থিক তথ্য ফর্ম / আর্থিক সাহায্যের আবেদন

রোগীর নাম:

- \* শপথভঙ্গের সাজার অধীন আমি প্রত্যয়ন করি যে আমার দেওয়া উত্তরগুলি আমার মতে সত্য এবং সঠিক।
- \* আমার দেওয়া তথ্য সংসারের 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 Surgical Hospital Kingwood এই তথ্য এবং তার সাথে ক্রেডিট প্রতিবেদন এবং প্রকাশ্য লভ্য তথ্য ব্যবহার করতে পারে।
- \* আমার বয়ান যাচাই করার জন্য আমি Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood-কে যে কোনও উৎস থেকে তথ্য সংগ্রহ করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।
- \* প্রদত্ত তথ্য আর্থিক সাহায্যের জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করার জন্য অসম্পন্ন বা যথেষ্ট না হলে অথবা আপনি যোগ্যতার নির্ণায়ক পূরণ না করলে আপনি Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood-এর 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। উক্ত কর্মসূচীর জন্য আবেদন করতে Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ব্যক্তিদের সাহায্য করবে। উক্ত কর্মসূচীর জন্য আবেদন করতে ব্যর্থ হলে রোগীর আর্থিক সাহায্যের জন্য আবেদনের ওপর প্রতিকূল প্রভাব পড়তে পারে।
- \* আমি প্রত্যয়ন করি আমি সকল সম্ভাব্য বিমা সুরক্ষার জন্য আবেদন করেছি, যেমন Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance এবং অন্য কোনও স্থানীয়, রাজ্য বা রাষ্ট্রীয় সুরক্ষা।
- \* আমি বুঝতে পারি যে আমি আর্থিক সাহায্যের জন্য যোগ্য না হলে, পরিচর্যার খরচ আমাকে বহন করতে হবে।

রোগী/প্রতিশ্রুতিদাতার স্বাক্ষর

তারিখ

এই আবেদন পূরণ করার পরে, এর সাথে সকল প্রমাণপত্র সংযুক্ত করে ডাকে পাঠান এই ঠিকানায়:

**Patient Business Office  
300 Kingwood Medical Drive  
Kingwood, Texas 77339  
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

**Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO**

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

অপর দিক দেখুন

MEMORIAL  
HERMANN

অপর দিক দেখুন