

অবীমাকৃত পরিচর্যা প্রকল্পের জন্য আবেদন এবং নির্দেশাবলী

ঔষধ (ADAP)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

এইডস ইনস্টিটিউট (AIDS Institute)

অবীমাকৃত পরিচর্যা প্রকল্প (Uninsured Care Programs)

Empire STATION, P.O. Box 2052

Albany, NY 12220

1-800-542-2437 বা 1-844-682-4058

ADAP প্লাস (প্রাথমিক পরিচর্যা)

গৃহ পরিচর্যা প্রকল্প

ADAP Plus Insurance Continuation, APIC (ADAP প্লাস বীমা ধারাবাহিকতা)

প্রি-এক্সপোজার প্রোফাইল্যাক্সিস অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম

(Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program, PrEP-AP)

সাধারণ তথ্য

New York State Health Department, AIDS ইনস্টিটিউট অবীমাকৃত অথবা কম বীমাকৃত নিউ ইয়র্কবাসীদের স্বাস্থ্য পরিচর্যার সুবিধা (ADAP, প্রাথমিক পরিচর্যা, গৃহ পরিচর্যা, APIC এবং PrEP-AP) প্রদান করার জন্য পাঁচটি প্রকল্প প্রদান করে। এই প্রকল্পগুলি একই আবেদনপত্র এবং নথিভুক্তিকরণ প্রক্রিয়া ব্যবহার করে, গৃহ পরিচর্যা এবং APIC-এর জন্য অতিরিক্ত ফর্মের প্রয়োজন আছে।

ADAPHIV/AIDS এবং সম্ভাব্য সংক্রমণের চিকিৎসার জন্য ঔষুধের খরচ পরিশোধ করে। ADAP অবীমাকৃত, আংশিক বীমা, Medicaid স্পেন্ড-ডাউন/সারপ্লাস অথবা Medicare Part D সহ ব্যক্তিদের সাহায্য করতে পারে।

ADAP প্লাস (প্রাথমিক পরিচর্যা) অংশগ্রহণকারী ক্লিনিক, হাসপাতাল, ল্যাবোরেটরি পরিষেবা প্রদানকারী এবং বেসরকারি চিকিৎসকের মাধ্যমে আউটপেশেন্ট প্রাথমিক পরিচর্যার খরচ প্রদান করে।

গৃহ পরিচর্যা প্রকল্প গুরুতরভাবে চিকিৎসাগত নির্ভরশীল ব্যক্তিদের তাদের ডাক্তারের পরামর্শ অনুযায়ী গৃহ পরিচর্যা পরিষেবার খরচ প্রদান করে। এই প্রকল্পটি নথিভুক্ত গৃহ স্বাস্থ্য পরিচর্যা এজেন্সির মাধ্যমে পরিষেবাগুলির খরচ প্রদান করে।

ADAP Plus Insurance Continuation, APIC যোগ্য অংশগ্রহণকারীদের জন্য সম্ভাব্য বীমার প্রিমিয়াম প্রদান করে।

Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program, PrEP-AP

HIV-সংক্রমণ প্রতিরোধ করার জন্য সাফল্যের সাথে PrEP ব্যবহার করার উদ্দেশ্যে আবশ্যিক পরিচর্যা এবং নিরীক্ষণের জন্য যোগ্য অংশগ্রহণকারীদের আউটপেশেন্ট পরিষেবা প্রদান করে।

অবীমাকৃত পরিচর্যা প্রকল্প গোপনীয়তা বিবৃতি

New York State আইনের অধীনে, অবীমাকৃত পরিচর্যা প্রকল্পকে প্রদান করা HIV সম্পর্কিত তথ্য কঠোরভাবে গোপন রাখা হয়। এরকম তথ্য (অর্থাৎ আপনি একজন অংশগ্রহণকারী) সেই পক্ষকে দেওয়া যেতে পারে যারা প্রকল্পের সঠিক পরিচালনার জন্য আবশ্যিক। এরা হলেন ব্যক্তি অথবা সংস্থা যাদের সাথে আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করার জন্য, এই প্রকল্পের আওতাভুক্ত পরিষেবা এবং ঔষুধের খরচ প্রদান করার জন্য, অথবা ব্যয় করা ফান্ডের সঠিক হিসেব রাখার জন্য আপনার আবেদন এবং/অথবা অংশগ্রহণ সম্পর্কে আলোচনা করতে হবে। প্রকল্প কর্মী অংশগ্রহণকারীর গোপনীয়তার ব্যাপারে অবগত এবং কেবল প্রকল্পের পরিচালনার জন্য কঠোরভাবে আবশ্যিক হলে ব্যক্তিগত তথ্যের ব্যাপারে আলোচনা করবে।

এই প্রকল্পের গোপনীয়তা এবং অংশগ্রহণ করার শর্তাবলীর ব্যাপারে আপনাকে ধারণা প্রদান করার জন্য নিম্নলিখিত উদাহরণগুলি দেওয়া হয়েছে:

- এই প্রকল্পটি আপনার নিয়োগকর্তা, বাড়িওয়ালা, পরিবার, বন্ধু, প্রতিবেশী, অথবা অন্য কারও রোর সাথে আপনার সম্মতি ছাড়া যোগাযোগ করবে না, এই প্রকল্পের মধ্যে আপনার আবেদন অথবা অংশগ্রহণের সঙ্গে প্রত্যক্ষভাবে সম্পর্কিত হলেও।
- আরও তথ্য পাওয়ার জন্য অথবা চিকিৎসা যোগ্যতা ফর্মের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্যের ব্যাপারে স্পষ্ট ব্যাখ্যা পাওয়ার জন্য এই প্রকল্প আপনার ডাক্তার বা স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে।
- এই প্রকল্প একটি ফার্মাসি, অথবা একজন স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সঙ্গে যাইচাই করবে যে আপনি নথিভুক্ত আছেন এবং আপনার নাম এবং ID নম্বর সহ আপনার প্রোগ্রাম কার্ড কোনও ফার্মাসি অথবা স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে দেখানো হলে আওতাভুক্ত পরিষেবা অথবা ঔষুধের খরচ প্রদান করবে।

- এই প্রকল্পটি কারাগারের ব্যক্তিদের আবেদনের ব্যাপারে প্যারোল অথবা কারেকশনের অনুমোদিত কর্মীর সঙ্গে আলোচনা করবে, যেমনটি এই প্রকল্পে নথিভুক্ত হওয়ার জন্য প্রয়োজন।

যদি প্রকল্প কর্মী তথ্যের জন্য আপনার সঙ্গে যোগাযোগ না করতে পারে তাহলে আপনি লিখিতভাবে এমন কারোর নাম প্রকল্পকে জানাতে পারেন যার সাথে তারা যোগাযোগ করতে পারে (অর্থাৎ সমাজসেবী যিনি আপনাকে প্রকল্পে আবেদন করার জন্য সাহায্য করছে অথবা কোনও বিশ্বস্ত বন্ধু অথবা পরিবারের সদস্য)।

অবীমাকৃত পরিচর্যা প্রকল্প হলো শেষ পরিশোধকারী এবং আপনার স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানি অথবা তৃতীয় পক্ষের পরিশোধকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে যারা প্রকল্পের অধীনে আপনাকে প্রদান করা ঔষুধের জন্য ADAP-কে খরচ প্রদান করবেন। এটি ADAP-এর পক্ষে অর্থ ফেরত পাওয়ার জন্য আবশ্যিক যা নতুন ঔষুধ/পরিষেবা এবং আরও লোকদের আওতাভুক্ত করার উদ্দেশ্যে প্রকল্পের বিস্তারের জন্য ব্যবহার করা হয়।

প্রকল্প দ্বারা প্রদত্ত ঔষুধ অথবা পরিষেবার জন্য কোনও তৃতীয় পক্ষ রিইমবার্সমেন্ট প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ করার জন্য আবশ্যিক সময় সহ এই শর্তাবলী আপনার আবেদনের তারিখ থেকে আরম্ভ করে প্রকল্প থেকে আপনার সমাপ্তি পর্যন্ত। আপনি যে কোনও সময় লিখিতভাবে এই প্রকল্প থেকে আপনার নথিভুক্তকরণ সমাপ্ত করতে পারেন।

এই প্রকল্পের গোপনীয়তা বিবৃতির প্রতিলিপি এখানে পাওয়া যায়:
<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

যদি আপনার কোনও প্রশ্ন থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে
1-800-542-2437 নম্বরে অথবা **1-844-682-4058** নম্বরে কল করুন।

**প্রকল্পকে প্রদান করা সমস্ত তথ্য
সম্পূর্ণভাবে গোপন রাখা হয়।**

আবেদনের নির্দেশাবলী

যোগ্যতা আর্থিক এবং চিকিৎসাগত প্রয়োজনের ভিত্তিতে। সম্পূর্ণ করা আবেদন সহ, নিবাস এবং আয়ের নথিপত্রেরও প্রয়োজন আছে। আপনার ক্লিনিশিয়ানকে একটি পৃথক চিকিৎসাগত আবেদনও অবশ্যই জমা করতে হবে।

আপনাকে অনুমোদন করা হলে আপনি একটি যোগ্যতা কার্ড এবং এটি কিভাবে ব্যবহার করতে হবে তার নির্দেশাবলী পাবেন। বিনামূল্যে আওতাভুক্ত ঔষধ পাওয়ার জন্য আপনাকে অংশগ্রহণকারী ফার্মাসিতে এই কার্ড এবং প্রেসক্রিপশন দেখাতে হবে। বিনামূল্যে আওতাভুক্ত চিকিৎসাগত পরিষেবা পাওয়ার জন্য অংশগ্রহণকারী স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীকে আপনার কার্ড দেখান। যদি আপনার গৃহ পরিচর্যা পরিষেবার প্রয়োজন হয় তাহলে আপনি তা একটি নথিভুক্ত গৃহ পরিচর্যা এজেন্সি থেকে বিনামূল্যে পেতে পারেন (\$30,000 সর্বাধিক অবশিষ্ট সময়ের সুবিধা)।

A. আবেদনকারীর তথ্য

নাম

আপনার সম্পূর্ণ নাম, social security নম্বর এবং জন্মতারিখ লিখুন। যদি আপনি অন্য কোনও নামে পরিচিত থাকেন তাহলে সেটি প্রদত্ত জায়গায় লিখুন এবং আপনি যে নাম কার্ডে প্রিন্ট করতে ইচ্ছুক তা আমাদেরকে বলুন। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করবেন যে আপনি কার্ডের ওপর যে নামটি পেতে ইচ্ছুক সেটি যেন ক্লিনিশিয়াল দ্বারা আপনার প্রেসক্রিপশনে উল্লেখিত নামের সাথে মেলে।

ঠিকানা

New York State নিবাসের প্রমাণ আবশ্যিক। নিম্নলিখিতের মধ্যে থেকে একটির প্রতিলিপির সাহায্যে নিবাস নথিভুক্ত করা যেতে পারে (আপনার নাম এবং ঠিকানার উল্লেখ সহ)। যদি আপনার একটি P.O. বক্স থাকে যেখানে আপনি পত্রাবলী পেয়ে থাকেন তাহলে আপনার New York State নিবাস নথিভুক্ত করার জন্য আপনার নিজস্ব ঠিকানা নথিভুক্তকারী তথ্য অবশ্যই যুক্ত করতে হবে।

- আপনার নাম এবং ঠিকানা সহ পে স্টাব অথবা ব্যাঙ্কের স্টেটমেন্ট (বিগত 90 দিনের মধ্যে)
- Medicaid থেকে সিদ্ধান্তের বর্তমান বিজ্ঞপ্তি
- জ্বালানি/ইউটিলিটি বিল (বিগত 90 দিনের মধ্যে)
- ফোন বিল (বিগত 90 দিনের মধ্যে)
- ভাড়ার রসিদ (বিগত 90 দিনের মধ্যে)

যদি আপনি কারও রোর সঙ্গে থাকেন এবং আপনার নামে এর মধ্যে থেকে কোনও একটিও নেই তাহলে আমাদের তাদের নিবাসের প্রমাণ এবং আপনি তাদের সাথে থাকেন সেটির উল্লেখ সহ একটি পত্র প্রয়োজন।

লিঙ্গ/জাতি/জাতিগত পরিচয়/ভাষা

অনুগ্রহ করে আপনার লিঙ্গ, জাতি, জাতিগত পরিচয় এবং ভাষার পছন্দে চিহ্ন দিন।

B. স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজ

এই প্রকল্পটি সেই লোকদের সাহায্য করতে পারে যাদের অন্যান্য স্বাস্থ্য কভারেজ আছে এবং ডিডাক্টিবেলস, কো-পেমেন্ট, Medicaid স্পেন্ডডাউন/সারপ্লাস অথবা অন্যান্য নিজস্ব খরচ প্রদান করতে অসুবিধা হয়। সমস্ত অন্যান্য স্বাস্থ্য কভারেজ কার্ডের সামনের এবং পিছনের দিকের প্রতিলি সংযুক্ত করুন।

Medicaid

আপনার Medicaid অবস্থান অথবা আপনি Medicaid-এর জন্য আবেদন করেছেন কি না তা নির্দেশ করুন। যদি আপনার Medicaid স্পেন্ডডাউন/সারপ্লাস থাকে তাহলে নিচে প্রদত্ত জায়গায় পরিমাণ লিখুন।

Medicare

আপনার Medicare আছে কিনা নির্দেশ করুন এবং যদি থাকে তাহলে কি ধরনের A, B, C অথবা D।

স্বাস্থ্য বিমা

স্বাস্থ্য বিমা সম্পর্কে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দেওয়া সুনিশ্চিত করবেন। যদি আপনার স্বাস্থ্য বিমা প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে অসুবিধা হয় তাহলে **1-800-542-2437** নম্বরে অথবা **1-844-682-4058** নম্বরে কল করুন অথবা APIC আবেদন (ফর্ম নম্বর DOH-2794c) সম্পূর্ণ করুন যা এখানে পাওয়া যায় <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

C. আবেদনকারী এবং পরিবারের সদস্যের উপার্জন

নিবাসের ব্যবস্থা

যেটি আপনার নিবাসের ব্যবস্থাকে বর্ণনা করছে সেই বক্সে টিক চিহ্ন দিন

পরিবারের সদস্য

সমস্ত পরিবারের সদস্যের তালিকা। যে কোনও ব্যক্তি যিনি আপনার জন্য আইনত দায়বদ্ধ অথবা আপনি তার জন্য দায়বদ্ধ তাকে পরিবারের সদস্য হিসেবে বিবেচনা করা হয়। এর মধ্যে রয়েছে স্বামী-স্ত্রী এবং 21 বছরের কম বয়সী যে কোনও বাচ্চা অথবা মাতা-পিতা এবং ভাই-বোন, যদি আপনি 21 বছরের কম বয়সী হন।

আর্থিক যোগ্যতা

আর্থিক যোগ্যতা ফেডেরাল দারিদ্রতা স্তরের (Federal Poverty Level, FPL)-এর 500% ভিত্তিতে। পরিবারের আকারের ওপর ভিত্তি করে FPL ভিন্ন হয় এবং বার্ষিক ভিত্তিতে আপডেট করা হয়। আর্থিক যোগ্যতা পরিবারের জন্য উপলব্ধ মোট আয়ের ওপর গণনা করা হয়, Medicare এবং social security ধরে রেখে এবং আবেদনকারী দ্বারা প্রদান করা স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজের খরচ বাদে।

উপার্জনের উৎস

আপনার এবং আপনার পরিবারের সদস্যের আয়ের সমস্ত উৎসের তালিকা এই আয় কেবল পরিবারের সদস্যদের জন্য যাদের সঙ্গে আপনার আইনত দায়বদ্ধ সম্পর্ক আছে (উদাহরণস্বরূপ, স্বামী-স্ত্রী অথবা শিশু, কিন্তু খালা-খালু খুঁতোতো ভাই-বোন অথবা রুমমে নয়)। প্রতিটি উৎসের জন্য মোট পরিমাণ (কর বাদে), কত সময় অন্তর আয় প্রাপ্ত হয়, এবং এটি আপনার আয় নাকি পরিবারের সদস্যদের আয় তা নির্দেশ করুন। যদি পরিবারের সদস্যের কোনও আয় না থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে এটি আয় বিভাগে নির্দেশ করুন। আয়ের প্রমাণ প্রয়োজন। তালিকাভুক্ত প্রতিটি উৎসের জন্য সম্পূর্ণ আয়ের নথিপত্র প্রদান করুন। আয়ের উৎসের প্রকারের মধ্যে রয়েছে: বেতন/মজুরি (FT অথবা PT), স্বনিযুক্ত, বেকার, কর্মীর ক্ষতিপূরণ, সরকারি সহায়তা, SSI (সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম), SSD (social security ডিজেনিটিটি), social security রিয়ারটারমেন্ট, পেনশন, ভেটিরাপস বেনিফিটস, অ্যালিমোনি/শিশু সহায়তা, সুদ/ডিভিডেন্ড/রয়্যাল্টি, ভাড়ার সম্পত্তি, অন্যান্য (উল্লেখ করুন) কোনও আয় এবং সঞ্চয় ভেঙে জীবন নির্বাহ করছেন।

মজুরি উপার্জনকারীদের জন্য

বিগত 30 দিনের পে স্টাবের প্রতিলিপির সাহায্যে আয় নথিভুক্ত করতে হবে। পে স্টাবের মধ্যে বছর থেকে আজকের তারিখ পর্যন্ত উপার্জন, কত ঘন্টা কাজ করেছে, সমস্ত ডিডাকশন এবং পে স্টাবের আওতাভুক্ত তারিখ থাকতে হবে। যদি আপনি একটি পে স্টাব না পান তাহলে আমাদেরকে আপনার মোট বার্ষিক পারিশ্রমিকের নির্দেশ সহ আপনার নিয়োগকর্তার থেকে একটি পত্র এবং আপনার সবচেয়ে সাম্প্রতিক আয়কর রিটার্নের একটি প্রতিলিপি দেখান। (এই পত্রটি প্রকল্পের পক্ষে না হলেও চলবে) (একটি “যাহার জন্য প্রযোজ্য” শিরোনাম সহ পত্রই যথেষ্ট)।

স্বনিযুক্ত ব্যক্তি/ভাড়ার থেকে উপার্জন

আপনার সবচেয়ে সাম্প্রতিক আয়কর রিটার্ন এবং প্রস্তাবিত বর্তমান বার্ষিক আয়ের বিবৃত প্রদান করুন।

অন্যান্য সমস্ত আয়

বর্তমান social security ডিসেবিলিটি/সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটির প্রতিলিপি ইনকাম অ্যাওয়ার্ড পত্র বা চেক, বেকারহুইল চেক, পেনশন চেক ইত্যাদি অন্যান্য ধরনের উপার্জনের প্রমাণ হিসেবে পাঠানো উচিত।

কোনও উপার্জন নেই

যদি আপনার কোনও উপার্জন না থাকে এবং একজন বন্ধু অথবা পরিবারের সদস্য দ্বারা সহায়তাপ্রাপ্ত হন তাহলে কিভাবে তারা আপনাকে সাহায্য করে তার উল্লেখ সহ বন্ধু এবং পরিবারের সদস্যদের পক্ষ থেকে একটি পত্র প্রদান করুন।

সঞ্চয় ব্যবহার করে জীবন কাটাচ্ছেন

সেভিংস অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্টের একটি প্রতিলিপি পাঠান।

E. বিকল্প যোগাযোগ

আপনার আবেদন সম্পর্কে প্রকল্প কর্মী যাতে কারওরোর সঙ্গে কথা বলতে পারে তার জন্য আপনাকে তাদের নাম এখানে তালিকাভুক্ত করতে হবে। অনুগ্রহ করে গোপনীয়তা বিবৃতি পড়ুন যেখানে আপনার আবেদন এবং নথিভুক্তকরণ সম্পর্কে আমরা কার সাথে যোগাযোগ করতে পারি তা বর্ণনা করা আছে।

F. প্রত্যয়ন বিবৃতি এবং স্বাক্ষর:

যন্ত্র সহকারে প্রত্যয়ন বিবৃতি পড়ুন এবং তারপর আবেদনটি স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ লিখুন। আমরা স্বাক্ষর-বিহীন আবেদন প্রক্রিয়াকরণ করতে পারব না। আপনার রেকর্ডের জন্য এই আবেদন এবং সমস্ত নথিপত্রের একটি প্রতিলিপি তৈরি করে রেখে দিন।

সমস্যা বা প্রশ্ন

যদি আপনার আবেদনটি সম্পূর্ণ করতে কোনও সমস্যা হয় অথবা অস্বীকৃত পরিচর্যা প্রকল্পের ব্যাপারে কোনও প্রশ্ন থাকে অথবা কোনও নথিপত্রের প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ টোল ফ্রি নম্বর: **1-800-542-2437** অথবা **1-844-682-4058** -এ কল করুন অথবা নিচের ওয়েবসাইটে উপলব্ধ “Frequently Asked প্রশ্নশই জিজ্ঞাস্য প্রশ্ন” পর্যবেক্ষণ করুন।
<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

অবীমাকৃত পরিচর্যা প্রকল্পের জন্য আবেদন

এই আবেদনটি AIDS ড্রাগ অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), ADAP প্লাস (প্রাথমিক পরিচর্যা), HIV গৃহ পরিচর্যা, ADAP প্লাস বীমা ধারাবাহিকতা (APIC) এবং প্রি-এক্সপোজার প্রোফাইল্যাক্সিস অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম (Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program, PrEP-AP)। গৃহপরিচর্যা এবং ADAP প্লাস ইন্সুরেন্স কন্টিনিউয়েশন-এর জন্য অতিরিক্ত নথিপত্রের প্রয়োজন আছে। যদি আপনার এই প্রকল্প সম্পর্কে অথবা এই আবেদন পূরণ করা সম্পর্কে কোনও প্রশ্ন থাকে অনুগ্রহ করে আমাদের গোপনীয় হটলাইন **1-800-542-2437** নম্বরে অথবা **1-844-682-4058** নম্বরে যোগাযোগ করুন।

অনুগ্রহ করে এই আবেদনটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করুন এবং স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করুন।

A. আবেদনকারীর তথ্য

পদবি _____ নাম _____ নামের মধ্যাংশ _____

অন্যান্য নাম(গুলি) ব্যবহৃত _____

জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____ Social Security নম্বর _____

ঠিকানা: নিবাসের প্রমাণপত্র প্রয়োজন।

রাস্তা _____ অ্যাপার্টমেন্ট নং _____

সিটি _____ স্টেট _____ জিপ _____

প্রোগ্রামের তথ্য কি তালিকাভুক্ত ঠিকানায় পাঠানো য়। যেতে পারে? হ্যাঁ না *যদি না হয়, বিকল্প ঠিকানা সহ একটি ব্যাখ্যা যুক্ত করুন।*

ফোন

প্রাথমিক ফোন (_____) _____ দ্বিতীয় ফোন (_____) _____

আমরা কি একটি মেসেজ ছাড়তে পারি? হ্যাঁ না

লিঙ্গ যে সমস্ত প্রযোজ্য বেছে নিন: মহিলা পুরুষ ট্রান্সজেন্ডার লিঙ্গ পরিচয় অ-দ্বৈত

জাতি শ্বেতাঙ্গ ব্ল্যাক/আফ্রিকান আমেরিকান নেটিভ অ্যামেরিকান/আলাস্কান

এশিয়ান: এশিয়ান ইন্ডিয়ান চীনা ফিলিপিনো জাপানি কোরিয়ান ভিয়েতনামি অন্যান্য এশিয়ান

স্থানীয় হাওয়াইয়ের মূল অধিবাসী/প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী স্থানীয় হাওয়াইয়ের মূল অধিবাসী গুয়ামানিয়ান অথবা ক্যামোরো

সামোয়ান প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী একটি জাতির চেয়ে বেশি অন্যান্য _____

জাতিগত পরিচয় অ-হিস্পানিক

হিস্পানিক/ল্যাটিনো: মেক্সিকান, মেক্সিকান অ্যামেরিকান পুয়ের্তো রিকান কিউবান অন্যান্য হিস্পানিক/ল্যাটিনো(এ) অথবা স্প্যানিশ মূল জাতি

ভাষার পছন্দ ইংরেজী স্প্যানিশ অন্যান্য _____

আপনার কি ভাষা সহায়তা পরিষেবা প্রয়োজন? হ্যাঁ না

বৈবাহিক অবস্থান অবিবাহিত বিবাহিত, স্বামী-স্ত্রীর সঙ্গে একসাথে থাকছেন বিবাহিত, স্বামী-স্ত্রীর সাথে থাকেন না

B. স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজ

আপনার কি একটি স্বাস্থ্য পরিচর্যা কভারেজ আছে? (বেসরকারি পলিসি, HMO, ইউনিয়ন, অবসরপ্রাপ্ত, Medicare অথবা অন্যান্য স্বাস্থ্য প্ল্যান) হ্যাঁ না

যদি Medicare হয়, কি ধরনের? A: হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার B: প্রাথমিক পরিচর্যা C: Medicare অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান D: প্রেসক্রিপশন ঔষধ

আপনি কি স্বাস্থ্য বীমা প্রিমিয়াম পরিশোধ করেন? হ্যাঁ না

যদি আপনার স্বাস্থ্য বীমা থাকে তাহলে আপনার কার্ডের সামনের এবং পিছনের দিকের প্রতিলিপি পাঠান।

আপনার স্বাস্থ্য বীমা পেমেন্ট পরিশোধ করার জন্য কিভাবে সহায়তা পেতে পারেন তা জানার জন্য 1-800-542-2437 অথবা 1-844-682-4058 নম্বরে প্রকল্পকে ফোন করুন।

Medicaid

যদি আপনার স্টেপডাউন সহ Medicaid থাকে তাহলে স্টেপডাউন পরিমাণ লিখুন \$ _____

যদি আপনার Medicaid অস্বীকার হয়ে থাকে তাহলে কারণ লিখুন _____

C. আবেদনকারী এবং পরিবারের সদস্যের আয় আয়ের প্রমাণ প্রয়োজন আছে।

একা থাকে। অন্যান্যদের সঙ্গে থাকে গৃহহীন/আশ্রয়স্থ কারাগার থেকে মুক্ত

আবেদনকারী এবং সমস্ত পরিবারে সদস্যদের জন্য সমস্ত উপার্জনের উৎস আলাদাভাবে তালিকাভুক্ত করুন।

পরিবারের সদস্যের নাম*	জন্ম তারিখ	সম্পর্ক নিজে
উপার্জনের উৎস	মোট পরিমাণ	কত বার? <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> বাৎসরিক
পরিবারের সদস্যের নাম*	জন্ম তারিখ	সম্পর্ক
উপার্জনের উৎস	মোট পরিমাণ	কত বার? <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> বাৎসরিক
পরিবারের সদস্যের নাম*	জন্ম তারিখ	সম্পর্ক
উপার্জনের উৎস	মোট পরিমাণ	কত বার? <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> বাৎসরিক
পরিবারের সদস্যের নাম*	জন্ম তারিখ	সম্পর্ক
উপার্জনের উৎস	মোট পরিমাণ	কত বার? <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বি-সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> বাৎসরিক

* যদি আপনি কোনও তালিকাভুক্ত পরিবারের সদস্যের সঙ্গে কথা বলতে ইচ্ছুক হন তাহলে সেকশন D -এর অধীনে বিকল্প যোগাযোগ হিসেবে তাদের নাম যোগ করুন।

D. বিকল্প যোগাযোগ(গুলি)

এই আবেদনটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি অধীমুক্ত পরিচর্যা প্রকল্পকে আমার আবেদন সম্পর্কে নিম্নলিখিত ব্যক্তির(গণের) সাথে কথা বলার জন্য অনুমোদন প্রদান করছি (মানে সমাজসেবী, কেস ম্যানেজার, পরিবারের সদস্য):

নাম	সংস্থা	সম্পর্ক	ফোন
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

E. প্রত্যয়ন বিবৃতি এবং স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই আবেদনের সমস্ত তথ্য সত্য এবং সঠিক এবং আমি New York State এর একজন নিবাসী। আমি নিম্নলিখিতগুলি বুঝেছি: এই তথ্যটি স্টেট অফ নিউ ইয়র্ক দ্বারা প্রদত্ত ফেডেরাল ফান্ডের প্রাপ্তির যোগে প্রদান করা হচ্ছে। প্রকল্পের কর্তৃপক্ষরা এই ফর্মের তথ্যটি যাচাই করবে। প্রকল্পের কর্তৃপক্ষ সময়ে সময়ে আমার Medicaid অবস্থান যাচাই করতে পারে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী Medicaid -কে বিল করতে পারে।

যদি আমি এই আবেদনে ইচ্ছাকৃতভাবে ভুল তথ্য প্রদান করি তাহলে আমাকে প্রদান করা সুবিধার জন্য আমাকে অর্থ ফেরত দিতে হতে পারে এবং প্রযোজ্য স্টেট এবং ফেডেরাল আইন অনুযায়ী আমার বিরুদ্ধে মামলা করা যেতে পারে।

আমি এতদ্বারা অধীমুক্ত পরিচর্যা প্রকল্পের অধীনে সুবিধার জন্য আবেদন করছি এবং আমার চিকিৎসার উদ্দেশ্যে, স্বাস্থ্যপরিচর্যা পরিষেবার পেমেন্টের জন্য, স্বাস্থ্য বীমা প্রিমিয়ামের পেমেন্টের জন্য এবং প্রকল্পের স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিচালনার জন্য আমার তথ্য ব্যবহার করার ও প্রয়োজন মতো প্রকাশ করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর (অথবা আইনী অভিভাবক, যদি আবেদনকারী অপ্রাপ্তবয়স্ক হন)

তারিখ

আপনার রেকর্ডের জন্য এই ফর্মের একটি প্রতিলিপি রাখুন এবং মূল ফর্ম এবং সমস্ত নথিপত্র এখানে ডাকযোগে পাঠান:

UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052