

## ধাপ 1: নীচে সম্পূর্ণ তথ্য দেওয়া হল:

রোগীর নাম:	সোশাল সিকিউরিটি নম্বর (যদি প্রযোজ্য হয়):				
ঠিকানা:	জন্ম তারিখ:				
শহর, রাজ্য, পিন কোড:	মেডিকেল রেকর্ড নম্বর:				
বাড়ির টেলিফোন নম্বর:	কার্যালয়ের টেলিফোন নম্বর:				
বৈবাহিক অবস্থা (পছন্দের বিকল্প গোল করে চিহ্নিত করুন):	অবিবাহিত	বিবাহিত	বিবাহবিচ্ছেদ	বিচ্ছিন্ন	বিধবা বা বিপন্নিক
আপনি কি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন দেশীয় নাগরিক: † হ্যাঁ / না					
† অতিরিক্ত সুবিধা/প্রোগ্রামের যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য এই তথ্যটি প্রয়োজনীয়।					
আপনি যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন দেশীয় নাগরিক না হন, তাহলে নীচে তালিকাভুক্ত অভিবাসন অবস্থাগুলির মধ্যে কোনোটি কি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য? হ্যাঁ / না*					
*আপনার উত্তর যদি 'না' হয়, তাহলে সরাসরি ধাপ 2 তে যান (আপনি এখনও সহায়তার জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হতে পারেন)। আপনার উত্তর যদি 'হ্যাঁ' হয়, তাহলে নিচের কোনটি আপনার অবস্থা বর্ণনা করে তা চিহ্নিত করুন:					
<input type="checkbox"/> শরণার্থী	<input type="checkbox"/> উদ্বাস্তু	<input type="checkbox"/> বিশেষ অভিবাসী কিশোর-কিশোরীর অবস্থা (SPECIAL IMMIGRANT JUVENILE, SIJ)	<input type="checkbox"/> কমপক্ষে পাঁচ বছরের VA আবাস সহ বৈধ স্থায়ী বাসিন্দা	<input type="checkbox"/> 1996 সাল থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাসিন্দা	<input type="checkbox"/> প্রাক্তন/সক্রিয় মার্কিন মিলিটারি/প্রাক্তন/সক্রিয় মার্কিন মিলিটারির দাম্পত্য সঙ্গী বা পিতামাতা

## ধাপ 2: আয় ও স্বাস্থ্য পরিচর্যার সুবক্ষা প্ল্যানের উপর নিম্নলিখিত বিভাগগুলি সম্পূর্ণ করুন।

অতিরিক্ত স্থানের প্রয়োজন হলে, একটি পৃথক কাগজ সংযুক্ত করুন।

পরিবারের সদস্য - স্বয়ং নিজে, দাম্পত্যসঙ্গী, 18 বছরের কম বয়সী শিশুদের অন্তর্ভুক্ত করুন	লিঙ্গ পুং/স্ত্রী	সোশাল সিকিউরিটি নম্বর (যদি জানা থাকে)	জন্ম তারিখ	রোগীর সাথে সম্পর্ক	মাসিক মোট আয় (পৃষ্ঠা 2 দেখুন)	নিয়োগকর্তার নাম	নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর
				স্বয়ং নিজে			

আপনি কি নিম্নলিখিতগুলি পালন: শিশু সহায়তা হ্যাঁ / না টাকার পরিমাণ \$ \_\_\_\_\_ ভরণশোধন: হ্যাঁ / না টাকার পরিমাণ \$ \_\_\_\_\_  
আপনার কি MEDICARE বা অন্য কোনো স্বাস্থ্য বীমা আছে যা আপনার প্রেসক্রিপশন ওষুধের সমস্ত খরচ বা আংশিক খরচ কভার করে? হ্যাঁ/না যদি হ্যাঁ হয়, নিচে বীমার নামটি মেম্বার আইডি নম্বর এবং গ্রুপ নম্বর দিয়ে তালিকাভুক্ত করুন:

বীমার নাম	মেম্বার আইডি নম্বর	গ্রুপ নম্বর

## ধাপ 3: অনুগ্রহ করে সম্পদগুলির উপর নিম্নলিখিত বিভাগগুলি সম্পূর্ণ করুন।

অতিরিক্ত স্থানের প্রয়োজন হলে, একটি পৃথক কাগজ সংযুক্ত করুন।

চেকিং অ্যাকাউন্ট নম্বর: হ্যাঁ / না	ব্যাঙ্কের নাম:	ব্যালেন্স: \$
সেভিংস অ্যাকাউন্ট নম্বর: হ্যাঁ / না	ব্যাঙ্কের নাম:	ব্যালেন্স: \$
স্টক, বন্ড, IRA, 401K, CD, ইত্যাদি। হ্যাঁ / না	ব্যাঙ্কের নাম:	ব্যালেন্স: \$

আপনি কি বর্তমানে কোন রিয়েল এস্টেট সম্পত্তির মালিক বা আপনি কিনছেন: হ্যাঁ / না শহর/দেশ: \_\_\_\_\_ একরের মাপে জমির মোট আয়তন: \_\_\_\_\_

বন্ধকী পরিমাণ: \$ \_\_\_\_\_ আপনি কি রিয়েল এস্টেট সম্পত্তিতে বসবাস করেন: হ্যাঁ / না

নগদ মূল্য বা ঋণ মূল্য সহ আপনার বা 21 বছরের বেশি নির্ভরশীলদের জন্য কি কোন জীবন বীমা আছে? হ্যাঁ/না

যদি হ্যাঁ হয়, বীমার(গুলির) নাম, পলিসি নম্বর ও নগদ মূল্য তালিকাভুক্ত করুন: \_\_\_\_\_

ব্যক্তিগত সম্পত্তি: হ্যাঁ / না সব গাড়ি, ট্রাক, মোটরসাইকেল, ক্যাম্পার্স, মোবাইল হোম, ইত্যাদির তালিকা করুন।

যদি গ্রহণযোগ্য হন; আপনি কি আপনার মোবাইল হোম থাকেন: হ্যাঁ / না

আইটেম:	তৈরি মডেল	বছর:	অপরিশোধিত টাকার পরিমাণ: \$	মূল্য: \$
আইটেম:	তৈরি মডেল	বছর:	অপরিশোধিত টাকার পরিমাণ: \$	মূল্য: \$

ঘোষণা: উপরে প্রদত্ত তথ্য, আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসের সর্বোত্তম, সম্পূর্ণ, নির্ভুল ও সত্য। আমি হাসপাতালের অসহায়ের পরিচর্যা প্রোগ্রাম, যে কোনো ওষুধ প্রস্তুতকারক স্পনসর করা ড্রাগ অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রাম, অথবা অন্য যেকোনো ফেডারেল বা স্টেট ফান্ডেড মেডিক্যাল অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রামের মাধ্যমে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য কিনা তা নির্ধারণ করতে UVA HEALTH এর প্রয়োজন হতে পারে এমন সমস্ত তথ্য যেমন আমার যাচাইকরণ সহ বেতন বা মজুরি, আমার যেকোনো ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের ব্যালেন্স। আমার কাছে থাকা বিমা পলিসি, স্টক বা বন্ড, সেইসঙ্গে আমার মালিকানা বা আমি ক্রয় করছি এমন যে কোনো বাসস্থান বা ব্যক্তিগত সম্পত্তির নগদ মূল্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি। আমাকে কি ফেডারেল বা স্টেট ফান্ডেড মেডিক্যাল অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রামে রেফার করা উচিত যেটি আমি UVA HEALTH কে অনুমোদন করি এবং যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য পেতে পারি। আমার বীমা (চিকিৎসা বা প্রেসক্রিপশন) এবং/অথবা আয় পরিবর্তনের সময় আমি অবিলম্বে UVA-কে অবহিত করতে সম্মত।

আবেদনকারী/গ্যারান্টর স্বাক্ষর (প্রয়োজনীয়):	তারিখ:
দাম্পত্যসঙ্গীর স্বাক্ষর:	তারিখ:

এই প্রোগ্রামের জন্য কমনওয়েলথ দ্বারা নির্ধারিত নিয়মগুলি মেনে চলার জন্য এবং আপনার জন্য অন্য কোন প্রোগ্রাম বা সহায়তা পাওয়া যেতে পারে তা নির্ধারণ করার জন্য আমাদের প্রক্রিয়ার জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে এমন তথ্য ও সহায়ক নথির প্রমাণ সবই প্রয়োজন।

আপনার আবেদন সম্পূর্ণ করতে সহায়তা প্রয়োজন?

ফোন দ্বারা: 866-320-9659

ইমেল দ্বারা: FinancialAssistance@UVAHealth.org

ফ্যাক্স দ্বারা: 434-924-1251

ব্যক্তিগতভাবে:

Uva Health Charlottesville  
1220 Lee St  
Charlottesville VA 22903  
সময়: সোম-শুক্র 8:00AM-4:30PM

Culpeper Hospital  
501 Sunset Lane  
Culpeper, VA 22701  
সময়: সোম-শুক্র 8:00AM – 5:00PM

Prince William Hospital  
8700 Sudley Road  
Manassas VA 20110  
সময়: সোম-শুক্র 8:00AM – 5:00PM

Haymarket Hospital  
15225 Heathcoate Blvd.  
Haymarket, VA 20169  
সময়: সোম-শুক্র 8:00AM – 5:00PM

### সহায়তা ফর্মের নির্দেশাবলীর জন্য আবেদন

**ধাপ 1:** সম্পূর্ণরূপে রোগীর বিষয়ে সমস্ত তথ্য পূরণ করুন।

**ধাপ 2:** আয় ও স্বাস্থ্যসেবা সুরক্ষা প্ল্যানের তথ্য পূরণ করুন। এর মধ্যে আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে আয়, সরকারী সাহায্য (সামাজিক নিরাপত্তা, VA সুবিধা), অবসর গ্রহণ, ভরণপোষণ, স্ব-কর্মসংস্থান বা আয়ের অন্যান্য উৎস অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। **যদি কোনো শিশুর বয়স 18 বছর বা তার বেশি হয় তবে একটি পৃথক ফর্ম প্রয়োজন এবং এই আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা যাবে না।** পরিবারের সদস্য নয় এমন একজনকে এই আবেদনে অন্তর্ভুক্ত করা উচিত নয় যদি না অভিভাবকত্বের প্রমাণ সহ 18 বছরের কম বয়সী শিশু সদস্য না হয়।

**ধাপ 3:** উৎস সম্পর্কে তথ্য পূরণ করুন।

UVA HEALTH এর জন্য স্টেটের নির্দেশিকা মেনে চলার জন্য, এই আবেদনের সময় তালিকাভুক্ত আইটেমগুলির প্রতিটির জন্য প্রমাণ বা নথিপত্রের প্রয়োজন হবে। দয়া করে আপনার প্রয়োজনীয় সমস্ত প্রমাণ নথি সংযুক্ত না থাকলে আপনার আবেদন পাঠাবেন না। বিলম্ব এড়াতে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব সমস্ত তথ্য ফেরত দেওয়া উচিত।

## প্রমাণ নথি

নিম্নোক্ত প্রকারের প্রমাণ নথিপত্রের প্রয়োজন হতে পারে।

আপনার পরিস্থিতি অনুযায়ী কোনটি প্রযোজ্য হতে পারে তা দেখতে অনুগ্রহ করে প্রত্যেকটি পড়ুন:

(অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র অনুলিপি পাঠান। মূল নথি পাঠানোর প্রয়োজন নেই।)

ধাপ 1: কোনো প্রমাণ নথিপত্রের প্রয়োজন নেই

ধাপ 2: আয়

- পে চেক স্লিপ:** আপনি যদি চাকরি করেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই 1 (এক) মাসের আপনার পে চেক স্লিপগুলি প্রদান করতে হবে – 3 মাসের বেশি পুরানো নয়। যদি আপনার স্লিপ না থাকে, তাহলে আপনাকে আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে 1 (এক) মাসের মোট বেতন উল্লেখ করে একটি চিঠি প্রদান করতে হবে
- কর্মসংস্থান:** সাম্প্রতিক ভাতার টাকার পরিমাণ যাচাই করার বা বেকারত্ব বা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ অস্বীকার করার ফর্ম। *বেকার ভাতা প্রাপ্ত হলে, ভাতা সরাসরি জমার প্রমাণও প্রয়োজন।*
- অন্যান্য উৎস:** মোট মাসিক রিটার্নসমেন্ট বেনিফিট স্টেটমেন্ট, ট্রাস্ট ফান্ডের বরাদ্দ, ভরণপোষণ, এবং/অথবা প্রাপ্ত শিশু সহায়তার অনুলিপি।
- সরকারি সুবিধা:** সামাজিক নিরাপত্তা, SSI, VA বা অন্যান্য সরকারী সুবিধাগুলি নিশ্চিত বা অস্বীকার করার চিঠি, চেকের ফটোকপি বা স্বয়ংক্রিয় জমা দেখানো ব্যাল্ক স্টেটমেন্ট।
- সময়োচিত অস্থায়ী কর্মসংস্থান:** নিয়োগকর্তার দ্বারা প্রদত্ত একটি নথি যা নিয়োগের তারিখ এবং এই বছর এই পর্যন্ত অর্জিত মোট মোট আয় নিশ্চিত করে।
- স্ব – কর্মসংস্থান:** আপনার বর্তমান বছরের যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন প্রদান করুন।
- সহযোগিতা পত্র:** পরিবার বা বন্ধুদের কাছ থেকে সাহায্য যাচাইকরণের চিঠি (যখন আয়হীনতা বা বা সাহায্য দেখানোর জন্য যথেষ্ট নয় এমন রিপোর্ট করা হয়।)
- অসুস্থতাজনিত ছুটি:** নিয়োগকর্তার কাছ থেকে বেতন সহ অসুস্থতাজনিত ছুটির অথবা আপনি যদি বেতন ছাড়াই ছুটিতে থাকেন সেই প্রামাণ্য বিবৃতি। যদি বেতন সহ ছুটিতে থাকেন, নিয়োগকর্তার কাছ থেকে আয়ের প্রমাণ প্রদান করুন।
- শিক্ষার্থী:** বৃত্তি, ঋণ, কর্ম-অধ্যয়ন, স্টাইপেন্ড, টিউশন, সহকারী পদ এবং অনুদান পুরস্কারের পরিমাণ।
- অন্যান্য:** অভিভাবকত্বের কাগজপত্রের একটি অনুলিপি (যেখানে প্রযোজ্য)।

ধাপ 3: সংস্থানসমূহ

- ব্যাল্ক স্টেটমেন্ট:** ব্যাল্ক বা ক্রেডিট ইউনিয়ন থেকে একটি সাম্প্রতিক সেভিংস এবং/অথবা চেকিং অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট যেগুলি 3 মাসের বেশি পুরানো নয়। বিবৃতিতে অবশ্যই ব্যাল্কের নাম, অ্যাকাউন্ট নম্বর, অ্যাকাউন্টধারীর নাম ও ব্যালেন্স অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।
- CASH APPS ও PAYPAL:** PayPal বা যেকোনো অর্থ পাঠানোর অ্যাপ (যেমন Venmo, CashApp, ইত্যাদি) থেকে বিবৃতি বা স্ক্রিনশট। অ্যাকাউন্টধারীর নাম/ব্যবহারকারীর নাম ও ব্যালেন্স অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।
- বিনিয়োগ:** স্টক, বন্ড, IRA-এর 401k প্ল্যান, CD, সিকিউরিটিজ - ব্যাল্ক/ব্রোকারের থেকে 3 মাসের বেশি পুরানো নয় এমন বিবৃতি যা বর্তমান অর্থের পরিমাণ দেখায়। বিবৃতিতে অবশ্যই ব্যাল্কের নাম, অ্যাকাউন্ট নম্বর, অ্যাকাউন্টধারীর নাম ও ব্যালেন্স অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।
- ব্যক্তিগত সম্পত্তি:** করের স্টেটমেন্ট গাড়ির (গুলির) মূল্যায়ন করা মূল্য দেখাচ্ছে। যদি গাড়ির সাথে একটি ঋণ যুক্ত থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে ঋণ পরিশোধের পরিমাণ প্রদান করুন, পরিশোধের পরিমাণ অবশ্যই উল্লেখ করতে হবে এবং অবশ্যই ঋণদাতার নাম, অ্যাকাউন্টধারীর নাম ও গাড়ির বিবরণ/যানবাহন শনাক্তকরণ নম্বর (vehicle identification number, VIN) উল্লেখ করতে হবে।
- রিমেল এস্টেট সম্পত্তি:** সর্বাধিক বর্তমান করের বিবৃতি একর ও মূল্যায়ন মান দেখাচ্ছে। যদি বন্ধক থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে বন্ধক পেঅফ প্রদান করুন এবং এতে ঋণদাতার নাম, অ্যাকাউন্টধারীর নাম ও সম্পত্তির বিবরণ/ঠিকানা থাকবে।
- জীবনবীমা:** পলিসি বা স্টেটমেন্ট নগদ মূল্য বা প্রমাণ নির্দিষ্ট করে পলিসিতে নগদ মূল্য নেই।