

গোপনীয় আর্থিক সহায়তার আবেদন

নির্দেশনাবলী: আবেদন সম্পূর্ণ করুন, 10 দিনের মধ্যে জমা দিন, এবং নিম্নোক্ত কপিগুলি সংযুক্ত করুন:

সবচেয়ে সাম্প্রতিক ট্যাক্স রিটার্ন সকল বিনিয়োগের জন্য বর্তমান স্টেটমেন্ট
 তিন মাসের সম্পূর্ণ ব্যাংক স্টেটমেন্ট তিন মাসের আয়ের প্রমাণ (পে স্টাব, ইত্যাদি)
 মেডিকেড নির্ধারণ/অস্বীকৃতি, যদি প্রযোজ্য হয় যদি আয় না হয়, দল থেকে সমর্থন প্রদান করা সহ একটি চিঠি

রোগীর তথ্য			
নাম (শেষ, প্রথম, মাবের প্রাথমিক)		জন্ম তারিখ	
ঠিকানা			
প্রাথমিক ফোন নাম্বার ()	সেকেন্ডারি ফোন নাম্বার ()	সামাজিক নিরাপত্তা নাম্বার/EIN	
বৈবাহিক অবস্থা <input type="checkbox"/> অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> তালাকপ্রাপ্ত <input type="checkbox"/> অন্যান্য		আপনি কি নথিভুক্তভাবে একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাসিন্দা? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
আপনি কি ফেডারেল ট্যাক্স রিটার্ন ফাইল করেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি না করেন, কেনো? _____		প্রাথমিক ফাইলার কে? <input type="checkbox"/> নিজে <input type="checkbox"/> স্বামী বা স্ত্রী <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	
মালিক		চাকুরীকালীন সময় আপনার কি স্বাস্থ্য বীমা বা অন্য কোনো কভারেজ ছিলো? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
পরিবারের তথ্য (আপনার পরিবারের সকলের তালিকা করুন)			
পরিবারের সদস্যের নাম	জন্ম তারিখ	সম্পর্ক	এই সদস্য কি আপনার ফেডারেল ট্যাক্স রিটার্নে তালিকাভুক্ত?
1.			<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
2.			<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
3.			<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
4.			<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
5.			<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
যেকোন অতিরিক্ত পারিবারিক সদস্যদের তথ্য অতিরিক্ত কাগজে জমা দেওয়া যাবে।			
খরচ (পরিবারের সকল সদস্যের জন্য মাসিক খরচ তালিকাভুক্ত করুন) NHSC বা MSLRP ক্লিনিকের জন্য এই বিভাগটির প্রয়োজন নেই			
বাড়ির পেমেন্ট/ভাড়া/লট ভাড়া	সম্পত্তির ট্যাক্স (বছর)	বাড়ির/ভাড়ার বীমা	
গাড়ির পেমেন্ট	গাড়ির বীমা	জ্বালানী (যানবাহন)	
ফোন	সাধারণ ইউটিলিটিসমূহ	প্রোসারিসমূহ	
চাইল্ড কেয়ার/চাইল্ড সাপোর্ট	টিউশন	অন্যান্য:	
স্বাস্থ্য বীমা/খরচ	জীবন বীমা	অন্যান্য:	
শুধুমাত্র অভ্যন্তরীণ ব্যবহারের জন্য		MRN	

আয় (পরিবারের সকল সদস্যের আয়ের তালিকা করুন)					
মাসিক আয়ের উৎস	কে এটি গ্রহণ করেছেন?	মোট মাসিক আয়	মাসিক আয়ের উৎস	কে এটি গ্রহণ করেছেন?	মোট মাসিক আয়
বেতন (রোগী)			সামাজিক নিরাপত্তা (রোগী)		
বেতন (অতিরিক্ত)			সামাজিক নিরাপত্তা (অতিরিক্ত)		
আত্মকর্মসংস্থান			বিনিয়োগ/সুদ		
পেনশন/লভ্যাংশ			চাইল্ড সাপোর্ট/ভরণপোষণ		
টিপস/কমিশন			উপজাতীয় আয়		
বেকার			ভাড়া/জমির চুক্তি থেকে আয়		
কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ			পাবলিক অ্যাসিস্টেন্স ইনকাম		
বিকলত্ব			অন্যান্য:		
পারিবারিক সম্পদ (পরিবারের সকল সদস্যের সম্পদের তালিকা করুন) NHSC বা MSLRP ক্লিনিকের জন্য এই বিভাগটির প্রয়োজন নেই					
সম্পদের উৎস	এটি কার সম্পদ?	সম্পদের বর্তমান মূল্য	সম্পদের উৎস	এটি কার সম্পদ?	সম্পদের বর্তমান মূল্য
চেকিং একাউন্ট			সম্পত্তির (বাড়ি) মূল্য		
চেকিং একাউন্ট #2			সম্পত্তির #2 মূল্য		
সেভিংস অ্যাকাউন্ট			গাড়ির (প্রাথমিক) মূল্য		
সেভিংস অ্যাকাউন্ট #2			গাড়ির #2 মূল্য		
CD/মানি মার্কেট			মোটরসাইকেল/ATV/নৌকা/ট্রেলার		
401k/403B/IRA/অবসর গ্রহণ			জীবন বীমা (সমর্পণ মূল্য)		
স্টক/বন্ড/বার্ষিক বৃত্তি			কল্যাণ সংস্থা		
HSA/FSA			মোবাইল/ভার্চুয়াল পেমেন্ট পরিষেবা		
অন্যান্য:			অন্যান্য:		

আমি জানি যে আমার বার্ষিক আয়, পরিবারের আকার, এবং সম্পদ সম্পর্কিত জমা দেওয়া তথ্য যাচাই করা হবে। আমি এটাও জানি যে জমা দেওয়া তথ্য মিথ্যা প্রমাণিত হলে, এর ফলে এই আবেদনটি প্রত্যাখ্যান করা হবে, এবং অ্যাকাউন্টের বাকির পিরমাণ আমার দায়িত্ব থাকবে।

আপনার যিদ প্রশ্ন থাকে বা এই অ্যাপ্লিকেশনটি সম্পূর্ণ করার জন্য সহায়তার প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে আমাদের সাথে ফোনে 877.687.7309 নাম্বারে যোগাযোগ করুন বা এ ইমেইল করুন EastFinancialCounseling@corewellhealth.org.

আবেদনকারী

তারিখ

স্বামী বা স্ত্রী

তারিখ