**আর্থিক সহায়তার আবেদন**

রোগীর অ্যাকাউন্ট #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ মেডিকেল রেকর্ড #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

রোগীর নাম\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

নামের শেষাংশ নামের প্রথমাংশ নামের আদ্যক্ষর মাস দিন বছর

ঠিকানা\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ফোন#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

নম্বর, স্ট্রিট & আপার্টমেন্ট # সিটি স্টেট জিপ কোড

নিয়োগকর্তার নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ নিয়োগকর্তার ঠিকানা:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

টেলিফোন #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ পেশা: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ইমেইল: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

আয়: আপনার, আপনার স্বামী/স্ত্রীর এবং পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের সম্মিলিত আয়ের তালিকা করুন:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **মাসিক আয়ের সর্বমোট সোর্স** | **রোগীর আয়** | **স্বামী/স্ত্রীর আয়** |
| কর্মসংস্থান থেকে বেতন/ নিজে কাজ করেন |  |  |
| বেকার ভাতা |  |  |
| স্যোসাল সিকিউরিটি সুবিধা |  |  |
| পেনশন |  |  |
| অক্ষমতা / কর্ম ভাতা |  |  |
| ভরণপোষণ/শিশুর সহায়তা |  |  |
| লভ্যাংশ/সুদ/ভাড়া |  |  |
| সকল অন্যান্য আয় |  |  |
| **মোট** |  |  |

আর্থিক সহায়তা প্রদানের শর্ত হিসেবে, আপনাকে আয়/রিসোর্সের প্রমাণ জমা দিতে হবে: যেমন: 1) পে-স্টাব

2) পরিবারের আয় প্রমাণ করার জন্য চেয়ে পাঠানো অন্যান্য ডকুমেন্ট

পরিবারের আকার: \_\_\_\_\_\_\_ আপনার পরিবারে বাস করা সদস্যদের তালিকা

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **নাম** | **বয়স** | **সম্পর্ক** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

\*দ্রষ্টব্য: যদি আরো জায়গার প্রয়োজন হবে তবে অনুগ্রহ করে অতিরিক্ত শিট সংযুক্ত করুন

আমি বুঝতে পেরেছি যে, আমার মোট আয় এবং পরিবারের আকার সম্পর্কিত তথ্য যা আমি জমা দিয়েছি তা হাসপাতালের দ্বারা যাচাই করা হবে৷ আমি আরো বুঝতে পেরেছি যে, আমি যে তথ্য জমা দিচ্ছি তা মিথ্যা প্রমাণিত হলে আর্থিক সহায়তা দেওয়া হবে না এবং প্রদত্ত পরিষেবার জন্য সকল চার্জ আমাকে পরিশোধ করতে হবে। যদি একই তথ্যের উপর ভিত্তি করে অনুমোদন দেওয়া হয়ে থাকে, তাহলে যোগ্যতা নির্ধারণ প্রত্যাহার করা হবে এবং প্রদত্ত সকল পরিষেবার জন্য সব চার্জ আমাকে পরিশোধ করতে হবে।

আমি নিশ্চিত করছি যে, উপরের তথ্যগুলি আমার জানা মতে সত্য, সম্পূর্ণ এবং সঠিক। এছাড়াও, আমি ব্রুকডেল হাসপাতাল মেডিকেল সেন্টারকে এই আবেদনের সাথে প্রাসঙ্গিক যেকোন তথ্য যাচাই করার অনুমতি দিচ্ছি .

আবেদনকারীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_তারিখ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

প্রিন্ট করা নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

এটি পূরণ করার জন্য যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে বা সহায়তার প্রয়োজন হয়, তবে ( 718) 240 - 5240 নম্বরে ফাইনানশিয়াল অফিসে কল করুন।

যদি হাসপাতাল থেকে আপনি কোনো বিল পেয়ে থাকেন তবে এখানে চেক করুন: \_\_\_\_ যতক্ষণ না হাসপাতাল আবেদনের বিষয়ে সিদ্ধান্ত না দেয় ততক্ষণ পর্যন্ত আপনি যেকোনো বিল পরিশোধ না করলেও অসুবিধা হবে না।

**অনুগ্রহ করে এই ঠিকানায় সম্পন্ন করা এবং সংযুক্ত ডকুমেন্ট পাঠান: Financial Investigations Office - 4th Floor- Snapper Building**