

আর্থিক প্রতিদানবিহীন পরিচর্যার জন্য আবেদন

বিভাগ 1.- পরিবার / গ্যারান্টারের তথ্য		বিভাগ IV.- নন-লিকুইড সম্পদ				
পরিবারে মোট সংখ্যা:		মেক	বছর	অপারেশোধ ত টাকা	মাসিক অর্থপ্রদান	অর্থমূল্য
# নির্ভরশীল 21 বছরের কম বয়সী:		গাড়ি 1				\$
গ্যারান্টারের নাম:		গাড়ি 2				\$
রোগীর সাথে সম্পর্ক:		অন্য				\$
নাগরিকত্বের অবস্থা		মোট				
		আপনি কি নিজস্ব নাকি ভাড়া বাড়িতে থাকেন?		নিজস্ব	ভাড়া	
বিভাগ II.- মোট মাসিক আয়		আপনার কি অন্য সম্পত্তি আছে?		হ্যাঁ	না	
মা:		ঠিকানা/অবস্থান:				
<input type="checkbox"/> চাকরি	\$ _____			অর্থমূল্য	পরিশোধযোগ্য অর্থমূল্য	ইকুইটি
<input type="checkbox"/> বিকলত্ব	\$ _____					
<input type="checkbox"/> বেকারত্ব	\$ _____					
<input type="checkbox"/> অবসর	\$ _____	অন্যান্য সম্পত্তি				
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	\$ _____			মোট নন-লিকুইড সম্পদ:		\$
<input type="checkbox"/> অন্য:	\$ _____					
বাবা		বিভাগ V.- মাসিক খরচ				
<input type="checkbox"/> চাকরি	\$ _____		মা	বাবা		
<input type="checkbox"/> বিকলত্ব	\$ _____	ভরণপোষণ এবং / অথবা শিশুর সহায়তা	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> বেকারত্ব	\$ _____	শিশুদের জন্য ডে কেয়ারের খরচ	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> অবসর	\$ _____	স্বাস্থ্য বিমার প্রিমিয়াম	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	\$ _____	কাজের খরচ (জনপ্রতি \$75) সর্বাধিক।	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> অন্য:	\$ _____	মোট চিকিৎসাগত / দাঁত সংক্রান্ত	\$ _____	\$ _____		
মোট আয়:	\$ _____	চার্জ অ্যাকাউন্ট/লোন/ক্রেডিট কার্ড:	\$ _____	\$ _____		
		নাম:	\$ _____	\$ _____		
		নাম:	\$ _____	\$ _____		
বিভাগ III.- লিকুইড সম্পদ		নাম:	\$ _____	\$ _____		
অ্যাকাউন্ট চেক করা #	\$ _____	মাস্টারকার্ড লিমিট	\$ _____	\$ _____		
ব্যাংকের নাম:		ভিজা লিমিট:	\$ _____	\$ _____		
শাখা:		মোট খরচ	\$ _____	\$ _____		
সেভিংস একাউন্ট #:	\$ _____	প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:				
ব্যাংকের নাম:		<input type="checkbox"/> গত বছরের ট্যাক্স রিটার্ন বা 3 মাসের বেতনভাতার রসিদ				
শাখা:		<input type="checkbox"/> ব্যাংক স্টেটমেন্টের কপি (2 মাস)				
অন্য:	\$ _____	<input type="checkbox"/> ভাড়ার রসিদ বা বন্ধকের জন্য অর্থপ্রদান (3 মাস)				
নির্দিষ্ট করুন		<input type="checkbox"/> অন্য: (নির্দিষ্ট করুন)				
মোট লিকুইড সম্পদ:	\$ _____					

উদ্দেশ্য: এই তথ্যের উদ্দেশ্য হল Children's Hospital LA-তে পরিষেবার জন্য আপনার অর্থ প্রদানের ক্ষমতা নির্ধারণ অথবা চিকিৎসা সহায়তা কর্মসূচীর জন্য আপনার সম্ভাব্য যোগ্যতা নির্ধারণ করা। এই তথ্য Medi-Cal এবং ক্যালিফোর্নিয়া শিশু পরিষেবা, কাউন্টি মেডিকেলি ইনডিজেন্ট সার্ভিসেস প্রোগ্রাম বা বা অন্য কোনও কাউন্টির সহায়তা কর্মসূচীর জন্য কোনো আবেদনপত্র নয়। সহায়তা কর্মসূচীগুলির জন্য আবেদন করার জন্য আপনাকে অবশ্যই আপনার কাউন্টির সামাজিক পরিষেবা বিভাগের সাথে যোগাযোগ করতে হবে। আমি উপরের তথ্য সঠিক এবং সম্পূর্ণ বলে প্রত্যয়ন করছি। আমি বুঝেছি যে হাসপাতালের সমস্ত তথ্য যাচাই করার অধিকার রয়েছে। আমি আমার আর্থিক তথ্যে কোনও পরিবর্তন হলে পরিবর্তনের 10 দিনের মধ্যে তা পেশেন্ট বিজনেস সার্ভিসেসকে জানাতে সম্মত হলাম।

আমি বুঝেছি যে CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES এ আমার সম্পূর্ণ চার্জগুলির অর্থমূল্যের জন্য আমি এখনও দায়ী থাকবো।

পিতা/মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

সাক্ষী/ অনুবাদক

হাসপাতাল প্রতিনিধি