Yale NewHaven Health

পরিষেবার স্থান: কর্পোরেট ব্যবসা পরিষেবাসমূহ	**YALE NEW HAVEN HEALTH** **নীতি ও পদ্ধতি**
শিরোনাম: আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির নীতি	
অনুমোদিত হওয়ার তারিখ: 09/20/2013, 06/15/2020	**গ্রহণকারী:** YNHHS ট্রাস্টি বোর্ড
কার্যকর তারিখ: 09/20/2013, 06/15/2020 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital এবং Westerly Hospital	**পর্যালোচনা/সংশোধনের তারিখ:** 01/21//2015, 09/30/2016, 12/16/2016, 6/1/2017, 7/15/2018, 6/15/2020
বিতরণ: MCN নীতি পরিচালক	**নীতির ধরন (I বা II):** ধরন I
বাতিল করে: হাসপাতালের পরিষেবার জন্য Yale New Haven Hospital আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি (NC:F-4) হাসপাতালের পরিষেবার জন্য Bridgeport Hospital আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি (9-13) হাসপাতালের পরিষেবার জন্য Greenwich Hospital আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির পরিদর্শন Lawrence + Memorial Hospital এবং Westerly Hospital দাতব্য সেবা, আর্থিক সহায়তা, বিনামূল্যে বিছানার তহবিল নীতি	

উদ্দেশ্য

ইয়েল নিউ হ্যাভেন হেলথ ("Yale New Haven Health" অথবা "YNHHS") যোগ্য গরীব মানুষদের আর্থিক সহায়তা প্রদানের মাধ্যমে চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবার ব্যবস্থা করায় প্রতিজ্ঞাবদ্ধ। এই আর্থিক সহায়তা নীতি (“FAP”)-র উদ্দেশ্য হল:

A. FAP-এর অধীনে কোন আর্থিক সহায়তা উপলব্ধ আছে তার ব্যাখ্যা করা;
B. কারা আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য তাদের বর্ণনা দেওয়া এবং কীভাবে আবেদন জমা করতে হবে তার বর্ণনা দেওয়া;
C. আপৎকালীন সময়ে কীভাবে রোগীর খরচ নির্ণয় করা হয় তার বর্ণনা করা অথবা FAP-এর যোগ্য রোগীদের অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবার বর্ণনা করা;
D. FAP-এর অধীনে রয়েছে বা অধীনে নেই এমন প্রদানকারীদের চিহ্নিত করা;
E. YNHHS-এর পরিষেবাপ্রাপ্ত এলাকাগুলির মধ্যে এই FAP-এর বিষয়ে বিস্তারিত ভাবে প্রচার করার জন্য YNHHS যে পদ্ধতিগুলি ব্যবহার করে তার বর্ণনা করা; এবং
F. Yale New Haven হেলথ বিলের অর্থ মেটাতে না পারলে আদায় করার কী পদ্ধতি অনুসরণ করা হবে তার ব্যাখ্যা করা।

প্রযোজ্যতা

এই নীতি YNHHS সহ Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital, Lawrence + Memorial Hospital, Yale New Haven Health Hospital এবং Westerly Hospital -এর সঙ্গে সংযুক্ত প্রত্যেকটি লাইসেন্সধারী হাসপাতালের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। উপরন্তু, নর্থইস্ট মেডিকেল গ্রুপ, ভিজিটিং নার্স অ্যাসোসিয়েশন অফ্ সাউথইস্টার্ন কানেক্টিকাট, এবং হোম কেয়ার প্লাস এই আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি অনুসরণ করে।

নীতি

A. **ভারপ্রাপ্ত অফিসার।** YNHHS সিনিয়র ভাইস প্রেসিডেন্ট, অর্থ বা তাঁর নির্বাচিত ব্যক্তি YNHHS FAP-এর দেখাশোনা করবেন।

B. **সুযোগ এবং প্রদানকারীর তালিকা**

1. **আপৎকালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবা।** একটি হাসপাতালের বিল করা, আবাসিক এবং বহির্বিভাগের রোগীসহ আপৎকালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবার ক্ষেত্রে এই FAP টি প্রযোজ্য হয়। FAP-এ যে পরিষেবাগুলি বাদ রয়েছে: (a) প্রাইভেট রুম বা প্রাইভেট ডিউটির নার্স; (b) চিকিৎসার প্রয়োজনীয় নয় এমন পরিষেবা, যেমন নির্বাচিত কসমেটিক সার্জারি; (c) অন্যান্য নির্বাচিত সুবিধার মূল্য, যেমন টেলিভিশন বা টেলিফোনের খরচ, এবং (d) এই নীতিতে পরিষ্কার করে উল্লিখিত নেই এমন ছাড় বা কমানো খরচ।

2. **প্রদানকারীর তালিকা** আপৎকালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবা প্রদান করে এমন প্রদানকারীদের তালিকা এখানে পাওয়া যাবে: https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance

   প্রদানকারী FAP-এর অধীনে রয়েছে কিনা তা এই তালিকায় পাওয়া যাবে। যদি প্রদানকারী এই FAP-এর অধীনে না আসে, তবে প্রদানকারী আর্থিক সহায়তা প্রদান করে কিনা তা জানতে রোগীরা অবশ্যই প্রদানকারীর অফিসে যোগাযোগ করবেন এবং এমন সহায়তা যদি দিয়ে থাকে তবে প্রদানকারীর আর্থিক সহায়তার অধীনে কী কী পরিষেবা রয়েছে তা অবশ্যই জানুন।

3. **EMTALA-র সঙ্গে সম্মতি** হাসপাতালগুলির নীতির সঙ্গে আপৎকালীন চিকিৎসা এবং সক্রিয় শ্রম আইন (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) সম্মত হতে হবে এবং একজন ব্যক্তিকে আপৎকালীন চিকিৎসা পরিষেবা লাভের থেকে বিরত রাখার কাজ নিষিদ্ধ রয়েছে। EMTALA-র অধীনে আপৎকালীন অবস্থার রোগীদের চিকিৎসার ক্ষেত্রে একটি হাসপাতালের বাধ্যবাধকতাকে এই FAP-এর কোনকিছুই সীমিত করে না।

C. আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি

আর্থিক সহায়তা সেই ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে উপলব্ধ যাঁরা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন যাঁরা প্রয়োজনীয় আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র সম্পূর্ণ করেন এবং নিম্নলিখিত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তাগুলির যোগ্য হন। সরকারি এবং বেসরকারি সহায়তা কর্মসূচিসহ সকল উপলব্ধ আর্থিক সহায়তার উৎসগুলি খতিয়ে দেখার জন্য সকল রোগীদের উৎসাহ দেওয়া উচিত।

প্রত্যেক কেসের ভিত্তিতে এবং শুধুমাত্র আর্থিক প্রয়োজনীয়তার ভিত্তিতে আর্থিক সহায়তার সিদ্ধান্তগুলি নেওয়া হয়। সিদ্ধান্ত কখনই এই বিষয়গুলি অন্তর্ভুক্ত করে না - বয়স, লিঙ্গ, জাতি, বর্ণ, জাতিগত উৎস, বৈবাহিক অবস্থা, সামাজিক বা অভিবাসন-সংক্রান্ত অবস্থা, যৌন প্রবৃত্তি, লিঙ্গ পরিচিতি বা অভিব্যক্তি, ধর্মীয় বিশ্বাস, প্রতিবন্ধকতা, বার্ধক্য বা মিলিটারি অবস্থা বা আইনের দ্বারা নিষিদ্ধ অন্যান্য বিষয়। পরিবারের সদস্য সংখ্যা এবং আয় যাচাই করতে যে নথিপত্র দরকার তা আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্রে উল্লিখিত রয়েছে। YNHHS বা কোন হাসপাতাল, তাদের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী, এই নীতির সুযোগের বাইরে থাকা কোন আর্থিক সহায়তার সম্মতি দিতে পারে।

1. **বিনামূল্যে সেবা।** যদি মোট বার্ষিক পারিবারিক আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার নির্দেশিকার (সংযোজন 1 *দেখুন*) 250% বা তার কম থাকে, তবে আপনি বিনামূল্যে সেবা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন (রোগীর অ্যাকাউন্ট ব্যালেন্সের উপরে 100% ছাড়)।

2. **ছাড়যুক্ত সেবা।** যদি মোট বার্ষিক পারিবারিক আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার নির্দেশিকার 251% এবং 550%-এর মধ্যে হয়, তবে আপনি সংযোজন 1-এ দেওয়া স্তরভিত্তিক স্কেলের উপরে ছাড় পাবেন। যে রোগীদের বিমা করা আছে, ছাড়টি সেই রোগীদের বিমা প্রদানের পরে বা প্রযোজ্য তৃতীয় পক্ষের প্রদানকারীর প্রদানের পরে অবশিষ্ট অ্যাকাউন্ট ব্যালেন্সের উপরে প্রযোজ্য হবে যা।

3. **হাসপাতালের বিছানার তহবিল।** আপনি হাসপাতালের বিছানার তহবিলের থেকে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন, এই তহবিল হাসপাতালকে দান করা হয় যাতে হাসপাতালের পরিষেবার খরচ মেটাতে অপারগ রোগীদের চিকিৎসা সেবা প্রদান করা হয়। প্রত্যেক কেসের ভিত্তিতে যোগ্যতা নির্ণয় করা হয় এবং দাতার সীমাকে এর অন্তর্ভুক্ত করা হয়, এবং প্রযোজ্য হলে, তহবিলের মনোনয়নকারীরা মনোনয়ন করেন। সকল রোগী যাঁরা প্রয়োজনীয় আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র ভর্তি করেন তাঁরা নিজে থেকেই হাসপাতালের বিছানার তহবিলের জন্য বিবেচিত হবেন।

4. **অন্যান্য হাসপাতাল-কেন্দ্রিক আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি।**

   a **Yale New Haven Hospital আমি এবং আমার সন্তান কর্মসূচি।** এই কর্মসূচিটি Yale New Haven Hospital-এর রোগীদের জন্য উপলব্ধ রয়েছে। এটি বিনামূল্যে প্রসবপূর্ব, শ্রম এবং প্রসবের পরিষেবা এবং কিছু প্রসব-পরবর্তী পরিচর্যা প্রদান করে। আপনি যোগ্য হবেন যদি আপনি নিউ হ্যাভেন কাউন্টিতে বাস করেন, আপনার যদি কোনরকমের স্বাস্থ্য বিমা না থাকে এবং যদি আপনার পরিবার যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার $2^1/_2$ গুণের থেকে কম আয় করে। আরও তথ্য জানতে বা একটি আবেদনের জন্যে অনুরোধ করতে

Yale New Haven Hospital ইউমেন'স সেন্টার-এ আমাদের প্রতিনিধির সঙ্গে যোগাযোগ করুন অথবা **203-688-2481**–এ ফোন করুন।

b **Greenwich Hospital Outpatient Clinic** এমন রোগীদের পরিষেবা প্রদান করে যাঁদের মেডিকেয়ার, মেডিকেড, বা অ্যাক্সেস হেলথ CT-র মাধ্যমে প্রদত্ত বিমা রয়েছে এবং যাঁদের পারিবারিক আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমা নির্দেশিকার 4 গুণের নিচে রয়েছে। উপরন্তু, যে ব্যক্তিরা বিমার যোগ্য নন এবং যাঁরা গ্রিনউইচে থাকেন এবং যাঁদের পারিবারিক আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার 4 গুণের নিচে রয়েছে তাঁদের জন্য ক্লিনিক ছাড়যুক্ত সেবা প্রদান করে থাকে। অধিক তথ্যের জন্য বা একটি আবেদনপত্র পেতে 203-863-3334 এ ফোন করুন।

5. **চিকিৎসার ক্ষেত্রে অসহায়।** আর্থিক সহায়তার কথা এমন রোগীদের ক্ষেত্রেও বিবেচনা করা হবে যাঁরা মানদন্ডের অন্তর্ভুক্ত নন, কিন্তু যাঁদের চিকিৎসার বিল তাঁদের পারিবারিক আয় বা সম্পত্তির একটি বিশেষ শতাংশের থেকে বেশি হয়ে গিয়েছে।

D. খরচের উপরে সীমা

যখন একজন রোগী ছাড়যুক্ত সেবা পাওয়ার এই নীতির যোগ্য হন, কিন্তু বিনামূল্যে পরিষেবার যোগ্য হন না, তখন এই পরিষেবার জন্য বিমার অধীনে থাকা একজন ব্যক্তির সাধারণত যে পরিমাণ বিল (amount generally billed, "AGB") হয় তার থেকে বেশি খরচ সেই রোগীর উপরে আরোপ করা যাবে না।

1. **কীভাবে নির্ধারণ করা হয়।** যুক্তরাষ্ট্রীয় কর আইনের অধীনে এবং মেডিকেয়ার বিনামূল্যের-পরিষেবার দর অনুসারে "লুক্ ব্যাক পদ্ধতি" ব্যবহার করে YNHHS বার্ষিক AGB নির্ধারণ করে, এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকে মেডিকেয়ার লাভবানের খরচ-ভাগের পরিমাণ এবং সকল বেসরকারি স্বাস্থ্য বিমাকারী যারা পূর্ববর্তী আর্থিক বছরের জন্য প্রত্যেকটি হাসপাতালের সুবিধার দাবির খরচ বহন করে। YNHHS হাসপাতালের শতকরা ছাড় প্রযোজ্য করতেও পারে, অথবা YNHHS রোগীদের জন্য সবথেকে উপকারি শতকরা ছাড় ব্যবহার করার সিদ্ধান্তও নিতে পারে। সংযোজন 1-এ AGB ছাড়গুলি দেখানো হয়েছে।

E. আর্থিক সহায়তার আবেদন

1. **কীভাবে আবেদন করতে হবে।** আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে, নিম্নলিখিত ব্যতিক্রমগুলি ছাড়া, বাকি ক্ষেত্রে আপনাকে অবশ্যই YNHHS আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র ("আবেদন")-টি সম্পূর্ণ করতে হবে। আপনি একটি আবেদনপত্র পাবেন:

   a অনলাইনে www.ynhhs.org/financialassistance -এ এবং প্রত্যেক YNHHS হাসপাতালের ওয়েবসাইটে।

   b সশরীরে যে কোন YNHHS হাসপাতালে রোগী ভর্তির বা রেজিস্ট্রেশনের স্থানে। প্রত্যেক হাসপাতালের আপৎকালীন বিভাগ এবং রোগী রেজিস্ট্রেশনের স্থানে আর্থিক সহায়তা-সংক্রান্ত সংকেত এবং লিখিত তথ্য উপলব্ধ থাকবে।

c মেল, ফোন এবং রোগীর আর্থিক পরিষেবার কাছে (855) 5474584 নম্বরে একটি বিনামূল্যের কপির জন্য অনুরোধ করার মাধ্যমে।

2. **আবেদন।** আবেদনটি বর্ণনা করে (i) আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি এবং যোগ্যতার আবশ্যিক শর্ত, (ii) যোগ্যতা নির্ধারণে প্রয়োজনীয় নথিপত্র, এবং (iii) FAP সহায়তার জন্য যোগাযোগের তথ্য। আবেদনটি আরও ব্যখ্যা করে যে (i) হাসপাতালটি লিখিতভাবে প্রত্যেক আবেদনের উত্তর দেবে, (ii) যে কোন সময়ে FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য রোগীরা পুনরায় আবেদন করতে পারেন, এবং (iii) প্রত্যেক বছর অতিরিক্ত বিনামূল্যের বিছানার তহবিল উপলব্ধ হবে। এই আবেদনটির অংশ হিসাবে FAP বা আবেদনে যে তথ্য বা নথির দরকার নেই এমন কোন তথ্য বা নথি হাসপাতালের কাছে জমা করতে ব্যর্থ হলে হাসপাতাল FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তা প্রদান অস্বীকার করতে নাও পারে।

3. **FAP-এর যোগ্য রোগী।** YNHHS হাসপাতালগুলি যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় কাজ করবে এবং প্রযোজ্য রোগীর অ্যাকাউন্টগুলিতে আর্থিক সহায়তার কোনরকম যোগ্যতা নির্ণয় করবে। হাসপাতাল যদি নির্ধারণ করে যে একজন রোগী FAP-এর যোগ্য, তবে হাসপাতালটি নিম্নলিখিত ধাপগুলি মানবে:

a FAP-এর যোগ্য রোগী হিসাবে একজন ব্যক্তিকে কত পরিমাণ অর্থ দিতে হবে - তার একটা বিলিং বিবৃতি দেবে, এর অন্তর্ভুক্ত হবে - কীভাবে পরিমাণটি নির্ধারিত হয়েছে এবং, উল্লেখ করবে বা বর্ণনা করবে যে সেবার জন্য কীভাবে ব্যক্তিটি AGB সম্পর্কিত তথ্য পাবেন;

b FAP-এর যোগ্য ব্যক্তি হিসাবে একজন রোগী ব্যক্তিগতভাবে যে পরিমাণ অর্থ দিতে দায়বদ্ধ তার বেশি পরিমাণ অর্থ তাঁর প্রাপ্ত সেবার জন্য প্রদান করে থাকলে তা ফেরত দেবে, যদি না এই অতিরিক্ত পরিমাণ $5-এর কম হয়, অথবা IRS দ্বারা নির্ধারিত এমন কোন পরিমাণ হয়; এবং

c আদায়ের একটি অস্বাভাবিক পদ্ধতিকে নাকচ করতে দরকারি পদক্ষেপ গ্রহণ করবে।

4. **আনুমানিক যোগ্যতা।** নিম্নলিখিত বা অনুরূপ উৎসসহ, আর্থিক সহায়তা চাওয়া ব্যক্তি ব্যতীত অন্যান্য উৎস থেকে প্রাপ্ত, একজন রোগীর জীবন পরিস্থিতি সম্পর্কিত তথ্যের ভিত্তিতে YNHHS এই নীতির অধীনে বিনামূল্যে বা ছাড়যুক্ত সেবার জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করতে পারে:

a নিজ-প্রদত্ত ব্যালেন্স সহ ব্যক্তিদের, যাঁরা আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করেননি, কিন্তু যাঁদের আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার 250%-এর কম বা সমান (অর্থাৎ, বিনামূল্যে যত্নের জন্য যোগ্য), তাঁদের শনাক্ত করায় সহায়তা করার জন্য YNHHS প্রতিটি হাসপাতালের পক্ষ থেকে একটি তৃতীয় পক্ষের স্ক্রীনিং টুল ব্যবহার করে। যদি এই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে একজন রোগীকে শনাক্ত করা হয় তবে হাসপাতালের বকেয়া ব্যালেন্স দাতব্য (বিনামূল্যে) সেবার সঙ্গে সমন্বয় করা যেতে পারে।

b YNHHS ইয়েল ইউনিভার্সিটির সাথে অনুমোদিত এবং ইয়েল স্কুল অফ্ মেডিসিনের একাডেমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র। হ্যাভেন ফ্রি ক্লিনিক সহ, নিম্ন আয়ের ব্যক্তিদের জন্য ইয়েল ইউনিভার্সিটির ছাত্র-চালিত প্রাথমিক সেবা ক্লিনিকে সেবা প্রাপ্ত বিমাহীন রোগীরা, আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন ছাড়াই বিনামূল্যে বা ছাড়যুক্ত সেবার জন্য যোগ্য বলে পরিগণিত হতে পারেন। সেক্ষেত্রে, YNHHS-কে একটি

আবেদনপত্রে সিনিয়র ভাইস প্রেসিডেন্ট, অর্থ-এর কাছে গ্রহণযোগ্য নিশ্চিতকরণ পেতে হবে, যে একজন ব্যক্তি এই ধরনের কোন ক্লিনিকের রোগী।

c এই নীতির অধীনে ব্যক্তি আবার দাতব্য সেবার জন্য যোগ্য কিনা তা অনুমানমূলকভাবে নির্ধারণ করতে YNHHS পূর্বের যোগ্যতা নির্ধারণ ব্যবহার করতে পারে।

F. YNHHS আদায়ের পদ্ধতির সঙ্গে সম্পর্ক

একটি হাসপাতাল (এবং যে কোনও সংগ্রহ সংস্থা বা অন্য পক্ষ যার কাছে এটি ঋণ রেফার করেছে) সেবার জন্য প্রথম ছাড়া পাওয়ার পরে বিলিং বিবৃতি জারি এবং এই FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য একজন রোগীর বা কোন দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তির নিজ-প্রদত্ত অ্যাকাউন্টের (দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)) আর্থিক দায়বদ্ধতা আছে কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা করার 120 দিনের আগে কোনও অস্বাভাবিক আদায়ের পদ্ধতিতে (“ECA”) নিযুক্ত হবে না। যেকোনো ECA অবশ্যই সিনিয়র ভাইস প্রেসিডেন্ট, অর্থ বা তার মনোনীত ব্যক্তি(দের) দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে, যাঁরা অনুমোদনের আগে নিশ্চিত করবেন যে এই FAP-এ যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করা হয়েছে।

হাসপাতাল অভ্যন্তরীণ অপারেশনাল প্রক্রিয়া এবং অনুশীলন অনুসারে তার A/R বিলিং চক্র অনুসরণ করবে। এই ধরনের প্রক্রিয়া এবং নিয়মের অংশ হিসাবে, হাসপাতাল, ন্যূনতমভাবে, রোগীদের তাঁদের সেবা প্রদানের তারিখ থেকে এবং A/R বিলিং সাইকেল ব্যাপী (অথবা আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় সময়ের মধ্যে, যেটি বেশি সময় নেবে) FAP সম্পর্কে জানাবে:

1. হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার বা গ্রহণ প্রক্রিয়ার অংশ হিসাবে সমস্ত রোগীদের একটি সরল ভাষার সারাংশ এবং FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য একটি আবেদনপত্র দেওয়া হবে।

2. নিজ-প্রদত্ত অ্যাকাউন্ট আদায়ের জন্য কমপক্ষে তিনটি পৃথক বিবৃতি রোগীর এবং অন্য কোনো দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) এর সর্বশেষ পরিচিত ঠিকানায় মেল বা ইমেল করা হবে; তবে শর্ত থাকে যে, দায়িত্বশীল ব্যক্তিরা FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য একটি সম্পূর্ণ আবেদন জমা দেওয়ার পরে বা সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করার পরে কোনও অতিরিক্ত বিবৃতি পাঠানোর প্রয়োজন নেই। প্রয়োজনীয় তিনটি মেল করার প্রথম এবং শেষের মধ্যে কমপক্ষে 60 দিন অতিবাহিত হবে। পরিষেবার সময় বা স্থানান্তরের সময়ে মেল করার একটি সঠিক ঠিকানা প্রদান করার ব্যাপারে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(রা) বাধ্য থাকবেন। যদি একটি অ্যাকাউন্টের একটি বৈধ ঠিকানা না থাকে, তাহলে "প্রাসঙ্গিক প্রচেষ্টা" নির্ধারণ করা হবে। নিজ-প্রদত্ত অ্যাকাউন্টের সমস্ত একক রোগীর অ্যাকাউন্টের বিবৃতিতে নিম্নলিখিত বিষয়গুলি অন্তর্ভুক্ত থাকবে, তবে এতে সীমাবদ্ধ থাকবে না:

    a. বিবৃতির দ্বারা বর্ণিত হাসপাতালের পরিষেবাগুলির একটি সঠিক সারাংশ;

    b. সেইসব পরিষেবাগুলির খরচ

    c. দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) দ্বারা যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে হবে (অথবা, যদি এই পরিমাণটি জানা না থাকে, প্রাথমিক বিবৃতির তারিখের মতো এই পরিমাণের একটি সম্ভাব্য অনুমান); এবং

d. একটি স্পষ্টভাবে লিখিত বিজ্ঞপ্তি যা FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার উপলব্ধতা সম্পর্কে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)কে জ্ঞাত করে এবং জানায়; যার মধ্যে বিভাগের টেলিফোন নম্বর এবং সরাসরি ওয়েবসাইটের ঠিকানা যেখানে নথির কপিগুলি পাওয়া যেতে পারে – সে বিষয়ে তথ্য থাকে।

3. মেল করা বা ইমেল করা বিবৃতিগুলির মধ্যে অন্তত একটিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তি অন্তর্ভুক্ত থাকবে যা দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) কে ECA গুলি সম্পর্কে জানায় যে পদক্ষেপগুলি, যদি দায়িত্বশীল ব্যক্তি(রা) FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন না করেন বা বিলিংয়ের সময়সীমার মধ্যে অর্থ প্রদান না করেন, তাহলে গ্রহণ করা হবে। বিবৃতিতে উল্লিখিত সময়সীমার অন্তত 30 দিন আগে এই ধরনের বিবৃতি অবশ্যই দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) প্রদান করতে হবে। একটি সরল ভাষার সারাংশ এই বিবৃতির সাথে থাকবে। পরিষেবার সময় বা স্থানান্তরের সময়ে মেল করার একটি সঠিক ঠিকানা প্রদান করার ব্যাপারে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(রা) বাধ্য থাকবেন। যদি একটি অ্যাকাউন্টের একটি বৈধ ঠিকানা না থাকে, তাহলে "প্রাসঙ্গিক প্রচেষ্টা" নির্ধারণ করা হবে।

4. যেকোন ECA শুরু করার আগে, অ্যাকাউন্টটি অপরিশোধিত থাকলে, বিবৃতিগুলি মেল করা বা ইমেল করার সময়ে অন্তত একবার, সর্বশেষ পরিচিত টেলিফোন নম্বরে টেলিফোনের মাধ্যমে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)র সঙ্গে মৌখিকভাবে যোগাযোগ করার প্রচেষ্টা করা হবে। সমস্ত কথোপকথনের সময়, রোগী বা দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)কে FAP-এর অধীনে উপলব্ধ সম্ভাব্য আর্থিক সহায়তা সম্পর্কে জানানো হবে।

5. এই নীতির বিধানগুলির সঙ্গে সম্মত থাকার সাপেক্ষে, একটি YNHHS হসপিটাল প্রদত্ত চিকিৎসা পরিষেবার অর্থ পেতে এই নীতির সংযোজন 2-এ তালিকাভুক্ত ECA নিতে পারে।

G. নীতির উপলব্ধতা

FAP-এর কপি, FAP-এর সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদন www.ynhhs.org/financialassistance.–এ উপলব্ধ রয়েছে।

প্রত্যেক হাসপাতাল অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে, মেলের মাধ্যমে বা হাসপাতাল আপৎকালীন বিভাগের মাধ্যমে এবং ইংরেজি ও সীমিত ইংরেজি ভাষার দক্ষতা থাকা 1000 জনের কম বা 5% বা তার বেশি জনগণ, যাঁদের সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল পরিষেবা দিয়ে থাকে, তাঁদের প্রাথমিক ভাষায় FAP-এর কপি, FAP-এর সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদন উপলব্ধ করে। ভাষার একটি তালিকার জন্য সংযোজন 3 দেখুন।

কর্পোরেট ব্যবসা পরিষেবাকে টোল ফ্রি নম্বর (855) 547-4584-এ যোগাযোগ করুন এই বিষয়গুলি জানার জন্য – যোগ্যতা বা কর্মসূচি যা আপনার জন্য উপলব্ধ রয়েছে, FAP-এর কপি, FAP-এর সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদনপত্রের অনুরোধ করতে, বিলিং বা আদায়ের পদ্ধতি যা আপনাকে মেল করতে হবে, অথবা আপনার যদি FAP-এর কপি, সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদনপত্রের ইংরেজি ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় অনুবাদের দরকার থাকে। এর সঙ্গে, রোগীরা রোগীর রেজিস্ট্রেশন, রোগীর আর্থিক পরিষেবা এবং FAP আবেদনের প্রক্রিয়া শুরু করার সম্পর্কে সমাজমূলক কাজ/কেস পরিচালনার বিষয়ে জানতে পারেন।

FAP-কে ব্যাপক ভাবে প্রচার করার জন্য আরও প্রচেষ্টা, যেমন সাধারণ সার্কুলেশনে থাকা সংবাদপত্রে বিজ্ঞপ্তি ছাপানো; বিলিং বিবৃতিতে FAP-এর লিখিত বিজ্ঞপ্তি দেওয়া; কত পরিমাণ বকেয়া আছে সেই বিষয়ে রোগীকে জানানোর সময়ে FAP-এর বিজ্ঞপ্তি মৌখিক ভাবে বলা; এবং প্রদর্শনীর ও অন্যান্য তথ্যমূলক সভার ব্যবস্থা করা।

H. স্টেট আইনের সঙ্গে সম্মতি

প্রত্যেকটি হাসপাতাল অবশ্যই প্রাসঙ্গিক স্টেট আইনের সঙ্গে সম্মত হবে, সীমাবদ্ধতা ছাড়া এর অন্তর্ভুক্ত হবে; বিমাহীন রোগীদের থেকে হাসপাতাল দ্বারা অধিকৃত আদায় সম্পর্কিত কানেক্টিকাট সাধারণ আইন এবং হাসপাতাল পরিবর্তন (“RI নিয়ন্ত্রণ”)-সংক্রান্ত রোড় আইল্যান্ড স্বাস্থ্য বিভাগের নিয়ম এবং আইনের 11.3 ধারায় প্রদত্ত রোড়আইল্যান্ড *দাতব্য সেবার ব্যবস্থার স্টেটব্যাপী মানদণ্ড* এবং RI আইনের 11.4 ধারায় প্রদত্ত *ক্ষতিপূরণবিহীন সেবার ব্যবস্থার জন্য স্টেটব্যাপী মানদণ্ড*।

তথ্যসূত্র

আভ্যন্তরীণ রাজস্ব আইন (Internal Revenue Code) 501(c)(3)
আভ্যন্তরীণ রাজস্ব আইন (Internal Revenue Code) 501(r)
Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
RI আইন 11.3 এবং 11.4

সংশ্লিষ্ট নিয়মাবলী

YNHHS বিলিং এবং আদায়ের নীতি
YNHHS EMTALA নীতি: মেডিকেল স্ক্রিনিং/স্টেবিলাজেশন, অন-কল এবং স্থানান্তকরণ
Yale New Haven Hospital নীতি – বিনামূল্যের সেবা তহবিলের বিতরণ NC:F-2
Greenwich Hospital Outpatient Center নিয়মাবলী এবং প্রক্রিয়া

সংযোজন 1

যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য নির্দেশিকা (FPG) এবং আর্থিক সহায়তার জন্য স্তরভিত্তিক স্কেল

মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র স্বাস্থ্য এবং মানবিক পরিষেবা বিভাগের (Department of Health and Human Services) দ্বারা FPG পরিমাণগুলি যুক্তরাষ্ট্রীয় রেজিস্টারে পর্যায়ক্রমে পরিবর্তন করা হয়। বর্তমান FPG পরিমাণগুলি http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines–এ উপলব্ধ রয়েছে।

জানুয়ারির হিসাবে 31, 2022, FPG পরিমাণ নিম্নরূপ ছিল। ***এই পরিমাণগুলি পরিবর্তিত হতে পারে।*** এই নীতির অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীরা সমস্ত Yale New Haven Health Hospitals নিম্নোক্ত সহায়তা পাবেন:

	FAP-এর নাম	বিনামূল্যের সেবা	স্তরভিত্তিক স্কেল A	স্তরভিত্তিক স্কেল B	স্তরভিত্তিক স্কেল C	ছাড়যুক্ত সেবা
	অধীনস্থ হওয়ার যোগ্যতা	বিমাযুক্ত অথবা বিমাহীন রোগী	বিমাযুক্ত রোগী	বিমাযুক্ত রোগী	বিমাযুক্ত রোগী	বিমাহীন রোগী
	FAP ছাড়	100%	35%	25%	15%	70%
	মোট আয়ের যোগ্যতা	0% – 250% FPL	251% – 350% FPL	351% – 450% FPL	451% – 550% FPL	251% – 550% FPL
পরিবারের সদস্য সংখ্যা	1	$0 - $33,975	$33,976 - $47.565	$47,566 - $61,155	$61,156 - $74,745	$33,976 - $74,745
	2	$0 - $45,775	$45,776 - $64,085	$64,086 -$82,395	$82,396 - $100,705	$45,776 - $100,705
	3	$0 - $57,575	$57,576 - $80,605	$80,606 - $103,635	$103,636 - $126,665	$57,576 - $126,665
	4	$0 - $69,375	$69,376 - $97,125	$97,126 - $124,875	$124,876 - $152,625	$69,376 - $152,625
	5	$0 - $81,175	$81,176 - $113,645	$113,646- $146,115	$146,116 - $178,585	$81,176 - $178,585
	6	$0 - $92,975	$92,976 - $130,165	$130,166 - $167,355	$167,356 - $204,545	$92,976 - $204,545

AGB শতকরা বার্ষিক হিসাবে গণনা করা হয়। ক্যালেন্ডার বছর 2022 হাসপাতাল প্রতি AGB (% চার্জের) হলো: BH 32.01%, GH 34.52%, LMH 38.1%, YNHH 34.29% এবং WH 30.45%. সেই অনুসারে, 2022-এ এই নীতির অধীনে ছাড়যুক্ত সেবার যোগ্য YNHHS রোগীদের জন্য সব চেয়ে উপকারি শতকরা ছাড় হবে মোট খরচের 30%।

সংযোজন 2

আদায়ের অস্বাভাবিক পদ্ধতি

সম্পত্তির পূর্বস্বত্ব

ব্যক্তিগত বাসস্থানের উপরে পূর্বস্বত্বে অনুমতি থাকবে তখনই যখন:

a) যদি রোগী বিনামূল্যে বিছানার তহবিলের জন্য আবেদন করার সুযোগ পেয়ে থাকেন এবং হয় তিনি উত্তর দিতে ব্যর্থ হয়েছেন, প্রত্যাখান করেছেন, অথবা এমন তহবিলের জন্য অযোগ্য হিসাবে পরিগণিত হয়েছেন;

b) ঋণ মেটানোয় সাহায্য পেতে হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা নীতির অধীনে রোগীটি অন্যান্য আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করেননি বা যোগ্য হননি; অথবা আংশিকভাবে যোগ্য হয়েছেন কিন্তু তাঁর দায়ের অংশটি মেটাননি;

c) রোগীটি অর্থ জোগাড় করার চেষ্টা করেননি বা সম্মত হননি, অথবা হাসপাতাল এবং রোগীর মধ্যে হয়ে থাকা সম্মত অর্থ প্রদানের ব্যবস্থা মেনে চলছেন না;

d) মোট অ্যাকাউন্ট ব্যালেন্স $10,000-এর থেকে বেশি এবং পূর্বস্বত্বের অন্তর্ভুক্ত সম্পত্তি(সমূহ)-এর পরিমাণ কমপক্ষে নির্ধারিত মূল্যে $300,000; এবং

e) পূর্বস্বত্বের ফলে ব্যক্তিগত বাসস্থানের বন্ধক-সম্পর্কিত অধিগ্রহণ হবে না।

সংযোজন 3

ইংরেজিতে সীমিত দক্ষতার ভাষাসমূহ

অ্যালবেনিয়ান
আরবীয়
বাংলা
সরলীকৃত চাইনিজ
প্রথাগত চাইনিজ
ফরাসি
ফ্রেঞ্চ ক্রেওল (হাইতিয়ান ক্রেওল)
জার্মান
গ্রিক
হিন্দি
ইতালীয়
জাপানি
কোরীয়
অবস্থান
পাশতু
পার্সিয়ান দারি
পার্সিয়ান ফারসি
পোলিশ
পোর্তুগিজ
পর্তুগিজ ক্রেওল (কেপ ভার্ডিয়ান)
রুশ
স্পেনীয়
স্বাহিলি
তাগালোগ
টাইগ্রিনিয়া
তুর্ক
ভিয়েতনামীয়