

দয়া করে পরিষ্কারভাবে পূরণ করুন এবং ঘন রঙে ঢাকা স্থানগুলিতে লিখবেন না।

আবেদনকারী

প্রথম নাম, মধ্য নাম, শেষ নাম			গৃহের ফোন		
বাড়ির ঠিকানা স্ট্রিট	অ্যাপার্টমেন্ট নং.	শহর	রাজ্য	জিপ কোড	কাউন্টি

এটি কি একটি আশ্রয়স্থল হ্যাঁ না

পত্রাঙ্গের ঠিকানা স্ট্রিট/পোস্ট অফিস বক্স (উপরের থেকে ভিন্ন হলে)			অ্যাপার্টমেন্ট নং.	শহর	রাজ্য	জিপ কোড	কাউন্টি
--	--	--	--------------------	-----	-------	---------	---------

নামগুলি

তালিকায় প্রথমে আপনার নাম লিখুন। ডাকনাম ও কুমারী অবস্থার নাম দিন। প্রয়োজন হলে, সকল সন্তানগুলির তালিকা করার জন্য অতিরিক্ত কাগজ লাগান।

প্রথম নাম, মধ্য নাম, শেষ নাম	জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)	লিঙ্গ	সোশাল সিকিউরিটি নম্বর	জাতি/নৃতাত্ত্বিক গোষ্ঠী (নীচে কোডগুলি দেখুন)
নিজস্ব				
স্বামী/স্ত্রী				
সন্তান*				
সন্তান*				

* যদি 18 বছরের কম বয়সী হয়।

জাতি/নৃতাত্ত্বিক অর্ন্তকোডগুলি: B. কৃষ্ণাঙ্গ, স্পেনীয় উৎস নয় W. যেতঙ্গ, স্পেনীয় উৎস নয় H স্পেনীয় A: এশিয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী I: আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কা অধিবাসী U অজানা O অন্যান্য

নাগরিকত্ব তথ্য

আপনি কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক? হ্যাঁ নাযদি না হয়, তাহলে আপনার কি সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি আছে? হ্যাঁ না বিদেশী নম্বর, স্থিতির তারিখ, এবং দেশটিতে প্রবেশের তারিখ অন্তর্ভুক্ত করুন, যদি প্রযোজ্য হয়।

বিদেশী নম্বর	স্থিতির তারিখ (Date of Status, DOS)	দেশটিতে প্রবেশের তারিখ (Date Entered Country, DEC)
--------------	-------------------------------------	--

আপনার স্বামী অথবা স্ত্রী কি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক? হ্যাঁ নাযদি না হন, তাহলে আপনার স্বামী অথবা স্ত্রীর কি সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি আছে? হ্যাঁ না বিদেশী নম্বর, স্থিতির তারিখ, এবং দেশটিতে প্রবেশের তারিখ অন্তর্ভুক্ত করুন, যদি প্রযোজ্য হয়।

বিদেশী নম্বর	স্থিতির তারিখ (Date of Status, DOS)	দেশটিতে প্রবেশের তারিখ (Date Entered Country, DEC)
--------------	-------------------------------------	--

Medicare তথ্য

আবেদনকারীর Medicare নম্বর (লাল এবং নীল Medicare কার্ডের থেকে)			
আপনার কি Medicare পার্ট A আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	কার্যকর হওয়ার তারিখ	আপনার কি Medicare পার্ট B আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	কার্যকর হওয়ার তারিখ
স্বামী অথবা স্ত্রীর Medicare নম্বর (লাল এবং নীল Medicare কার্ডের থেকে)			
আপনার স্বামী অথবা স্ত্রীর কি Medicare পার্ট A আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	কার্যকর হওয়ার তারিখ	আপনার স্বামী অথবা স্ত্রীর কি Medicare পার্ট B আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	কার্যকর হওয়ার তারিখ

আপনি কি চান যে আমরা আপনার Medicare প্রিমিয়ামের ব্যয়পূরণ অতীতের একটি তারিখ থেকে কার্যকর করি? হ্যাঁ নাআপনি অথবা আপনার স্বামী অথবা স্ত্রী কি Medicare ছাড়া অন্য কোনও স্বাস্থ্য বিমার জন্য অর্থ প্রদান করেন? হ্যাঁ না

কে?	মাসিক অর্থরাশি \$
-----	----------------------

আপনি অথবা আপনার স্বামী অথবা স্ত্রী কি সন্তানকে/স্বামী অথবা স্ত্রীকে প্রতিপালন সহায়তা প্রদান করেন? হ্যাঁ না

কে?	মাসিক অর্থরাশি \$
-----	----------------------

আপনি অথবা আপনার স্বামী অথবা স্ত্রী কি একটি ট্রাস্ট থেকে অর্থ পান অথবা সুবিধাভোগকারীর তালিকাভুক্ত? হ্যাঁ না

কে?	রাশি \$
-----	------------

আয়

নীচে সকল উপলব্ধ আয়গুলির তালিকা করুন, যেমন: বেতন, মজুরি, অবসর ভাতা, সামাজিক সুরক্ষা, বিচ্ছেদজনিত অর্থ, ভাড়া অথবা ব্যবসায়িক আয়, ইত্যাদি প্রয়োজন হলে, আয়ের সকল সূত্রগুলির তালিকা করার জন্য একটি অতিরিক্ত কাগজ লাগান।

আবেদনকারী, স্বামী অথবা স্ত্রী অথবা 18 বছরের কম বয়সী সন্তানের নাম	কে অর্থ প্রদান করেন? (নাম/আয়ের সূত্র)	কত অর্থ?	কতটা ঘন ঘন? (সাপ্তাহিক, প্রত্যেক দুই সপ্তাহে, মাসিক, অন্যান্য)

আপনি কি বিস্তৃতিগুলি এই ভাষায় পেতে ইচ্ছা করেন: শুধুমাত্র ইংরেজি স্প্যানিশ এবং ইংরেজি

সম্মতি

আমি বুঝি যে এই আবেদন পত্র/সংশোধন স্বাক্ষর করার দ্বারা আমি, আমাদের দেওয়া তথ্যগুলি যাচাই অথবা প্রত্যয়িত করার জন্য সমাজ সুরক্ষা বিভাগের দ্বারা করা যেকোনো অনুসন্ধানের অথবা তাদের দ্বারা করা Medicaid এর জন্য আমার অনুরোধের সঙ্গে সম্পর্কিত অন্য যেকোনো অনুসন্ধানের ক্ষেত্রে সম্মত হই। যদি অতিরিক্ত তথ্যের জন্য অনুরোধ করা হয়, আমি সেটি প্রদান করব।

স্বাক্ষরসমূহ

আবেদনকারীর/প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ
স্বামী অথবা স্ত্রীর স্বাক্ষর	তারিখ

প্রতিনিধির ঠিকানা			
শহর	রাজ্য	জিপ কোড	
ফোন নম্বর	সম্পর্ক		

নির্দেশাবলী

আবেদন পত্র সম্পূর্ণ করুন

সকল প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া নিশ্চিত করুন। যদি আপনি বিবাহিত হন এবং আপনার স্বামী অথবা স্ত্রীর সঙ্গে থাকেন, তাহলে আপনাকে আবশ্যিকভাবে আবেদনপত্রে থাকা "স্ব" এবং "স্বামী অথবা স্ত্রী" এর প্রশ্নগুলি সম্পূর্ণ করতে হবে (এমনকি স্বামী অথবা স্ত্রী MSP এর জন্য আবেদন না করলেও)।

আবেদন পত্রটিতে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন

যদি স্বামী-স্ত্রী উভয়েই আবেদন করেন, তাহলে উভয়েই MSP এর জন্য আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করতে হবে।

নিম্নলিখিত যাচাইকরণ নথিগুলি অন্তর্ভুক্ত করুন

দয়া করে এই তালিকাটি দেখুন এবং Medicaid প্রোগ্রামের দ্বারা আপনি MSP এর জন্য যোগ্য কিনা নির্ধারণ করার উদ্দেশ্যে আপনার দ্বারা প্রদান করা প্রয়োজনীয় নথিগুলি জমা দিন। যদি আপনি আপনার Medicare প্রিমিয়ামগুলির অতীতের একটি তারিখ থেকে ব্যয়পূরণ করার জন্য অনুরোধ করেন, তাহলে আপনাকে আবশ্যিকভাবে পূর্ববর্তী তিন-মাসের আয়ের প্রমাণ পাঠাতে হবে। যদি এক্ষেত্রে একজন আবেদনকারী স্বামী অথবা স্ত্রী থাকেন, তাহলে স্বামী অথবা স্ত্রীকেও আবশ্যিকভাবে নথিগুলি প্রদান করতে হবে।

- সামনের এবং পিছন দিকের ফটোকপি, আপনার Medicare কার্ড এর।
- আয়ের প্রমাণ: পেচেক স্টাব, নিয়োগকর্তার থেকে পত্র, আয়কর রিটার্ন, যেকোনো অপ্রাপ্ত আয় সূচক ভাতার প্রাপ্তি-পত্র যেমন সোশাল সিকিউরিটি, বেকারত্ব, অথবা বয়স্ক ব্যক্তির ভাতা, অথবা ভাড়া প্রদানকারী, বসবাসকারী অথবা ভাড়াটিয়ার থেকে পত্র,
- আপনি Medicare ব্যতীত অন্যান্য যে স্বাস্থ্য বিমা প্রিমিয়ামগুলি প্রদান করেন: নিয়োগকর্তার থেকে পত্র, প্রিমিয়াম স্টেটমেন্ট, অথবা পে স্টাব।
- জন্ম তারিখের প্রমাণ: স্টেট ড্রাইভারের লাইসেন্স, U.S. জন্ম শংসাপত্র, স্বামী বসবাসকারীর কার্ড ("গ্রিন কার্ড"), অথবা NYS বেনিফিট আইডেন্টিফিকেশন কার্ড।
- বাসস্থানের প্রমাণ: আপনার বাড়ির মালিকের থেকে আপনার ঠিকানা সহ লিজ/পত্র/ভাড়ার রসিদ, ড্রাইভারের লাইসেন্স (যদি বিগত 6 মাসে ব্যবহার করা হয়ে থাকে), অত্যাবশ্যকীয় পণ্যের (গ্যাস, বিদ্যুৎ, ফোন, Cable, স্থানীয় অথবা জল) বিল, ঠিকানা সহ সরকারি পরিচয়পত্র, সম্পত্তি করের রেকর্ড অথবা মর্টগেজ স্টেটমেন্ট, অথবা ডাকঘরের চিহ্ন সহ থাম অথবা পোস্টকার্ড (একটি পোস্ট বক্সের জন্য ব্যবহৃতটি ব্যবহার করা যাবে না)।
- যদি আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের একজন নাগরিক না হন, তাহলে আপনাকে আবশ্যিকভাবে আপনার বর্তমান অভিবাসন স্থিতি নির্দেশকারী নথিগুলি প্রদান করতে হবে।

আবেদনপত্রটি এবং প্রয়োজনীয় নথিগুলি আপনার স্থানীয় সমাজ সুরক্ষা বিভাগ (Department of Social Services, LDSS) অথবা মানব সম্পদ সংস্থান প্রশাসন(Human Resource Administration, HRA) এর কাছে পাঠান। আপনার কাউন্টির ঠিকানা পাওয়ার জন্য: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

শর্ত, অধিকার এবং দায়িত্বসমূহ

এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করার এবং স্বাক্ষর করার দ্বারা, আমি Medicare সেভিংস প্রোগ্রামের জন্য আবেদন করি। আপনার Medicare প্রিমিয়ামের প্রদান হল একটি Medicaid ভাতা।

দন্ডসমূহ

আমি বুঝি যে আমার আবেদনপত্রটির বিষয়ে অনুসন্ধান করা হতে পারে এবং আমি এই প্রকার একটি অনুসন্ধানের ক্ষেত্রে সহযোগিতা করব। ফেডারেল অথবা স্টেট আইনগুলিতে জরিমানার, কারাবাসের অথবা উভয়ের প্রকার দন্ড প্রদানের সংস্থান আছে, আপনার দ্বারা স্টেটমেন্টে ভাতার জন্য আবেদনকালে অথবা যেকোনো সময়ে যখন আপনাকে আপনার যোগ্যতা সম্পর্কে প্রশ্ন করা হয়, অথবা আপনার আবেদনপত্রে অথবা আপনার যোগ্যতা প্রচলিত রাখার বিষয়ে অন্য কোনও ব্যক্তিকে সত্য না বলার কারণ ঘটানো যদি আপনি সত্য ভাষণ না করেন।

পরিবর্তনসমূহ

আমি এই আবেদনপত্রে তথ্যের যে কোনও পরিবর্তনের ক্ষেত্রে অবিলম্বে জানানোর জন্য সম্মত হই।

সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN)

যদি আপনি Medicare সেভিংস প্রোগ্রামের জন্য আবেদন করেন, তাহলে আপনাকে আপনার SSN জানাতে হবে, যদি না আপনি একজন গর্ভবতী মহিলা হন। এগুলির প্রয়োজনীয়তায়ুক্ত আইনগুলি: 18NYCRR ধারা 351.2, 360-1.2, এবং 360-3.2(j)(3); 42USC 1320b-7। SSNs, স্থানীয় সামাজিক সুরক্ষা ডিস্ট্রিক্টগুলির মধ্যে এবং উভয়, স্থানীয় সামাজিক সুরক্ষা জেলাগুলির মধ্যে এবং ফেডারেল, স্টেট, এবং নিউ ইয়র্ক এবং অন্যান্য অধিক্ষেত্রগুলি উভয়েরই স্থানীয় এজেন্সিগুলির মধ্যে বহুভাবে ব্যবহৃত হয়। SSNs এর কিছু ব্যবহার হল: পরিচিতি যাচাই করার জন্য, আয় করা এবং আয় না করা আয়গুলিকে সনাক্ত এবং যাচাই করার জন্য অনুপস্থিত পিতা-মাতা আবেদনকারীদের জন্য স্বাস্থ্য বিমা পেতে পারেন কিনা দেখার জন্য, আবেদনকারীকে সন্তানপালন সহায়তা পেতে পারেন কিনা দেখার জন্য এবং আবেদনকারীকে অর্থ অন্য কোনও সাহায্য পেতে পারেন কিনা দেখার জন্য।

নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন স্থিতির শংসাকরণ

আমি এই আবেদনপত্রে আমার নাম স্বাক্ষর করার দ্বারা, মিথ্যা সাক্ষ্যের কারণে দন্ডবিধির বিষয়বস্তু হিসাবে, সংশ্লিষ্ট করি যে, আমি, এবং/অথবা অন্য যেকোনো ব্যক্তি যার পক্ষে আমি স্বাক্ষর করি, একজন মার্কিন নাগরিক অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক অথবা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি আছে। আমি বুঝি যে আমার সম্পর্কিত তথ্যগুলি, আমাকে অভিবাসন স্থিতি যাচাইকরণের জন্য, যদি প্রযোজ্য হয়, United States Citizenship and Immigration Services, USCIS এর নিকট জমা দেওয়া হবে। আমি আরও বুঝি যে আমার সম্পর্কিত তথ্যগুলির ব্যবহার অথবা প্রকাশ শুধুমাত্র অভিবাসন স্থিতি যাচাইকরণের সঙ্গে এবং Medicaid প্রোগ্রাম এর প্রশাসন এবং সংস্থানসমূহের বলবতকরণের সঙ্গে প্রত্যক্ষভাবে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গ এবং প্রতিষ্ঠানগুলির মধ্যে সীমিত থাকে।

বৈষম্যহীনতার বিজ্ঞপ্তি

এই আবেদনপত্রটি বিবেচনা করা হবে জাতি, বর্ণ, লিঙ্গ পরিচয়, অক্ষমতা, ধর্মবিশ্বাস, জাতীয় মূল অথবা রাজনৈতিক বিশ্বাস নির্বিশেষে।

প্রত্যয়ন

এই আবেদনপত্রটি স্বাক্ষর করাকালীন, আমি প্রতিশ্রুতি এবং নিশ্চিত করি যে আমার দ্বারা Medicaid এর একটি ভিত্তিস্বরূপ সমাজ সুরক্ষা বিভাগ (Department of Social Services) এর নিকট প্রদত্ত অথবা প্রদেয় তথ্যগুলি সত্য। আমি, আমার সহায়তার এবং অন্যান্য তৃতীয়পক্ষ সংস্থানগুলিকে অনুসরণ করার জন্য, সমাজ সুরক্ষা বিভাগ (Department of Social Services) এর নিকট, আইনি দায়িত্বযুক্ত ব্যক্তিদের থেকে সহায়তা প্রাপ্ত করার জন্য আমার যেকোনো অধিকারগুলিও অর্পণ করি। আমি বুঝি যে আমার পক্ষে প্রদত্ত Medicaid, সেই সকল ব্যক্তিদের থেকে, যাদের চিকিৎসাত্তিক পরিষেবাগুলি প্রাপ্ত করার সময়ে, আমার সহায়তার জন্য আইনি দায়িত্ব ছিল, পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে।

যদি এই ফর্মটি পড়ার এবং সম্পূর্ণ করার পরে, আপনি Medicare সেভিংস প্রোগ্রাম এর জন্য আবেদন করতে না চাওয়ার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে নীচে আপনার নাম স্বাক্ষর করুন:

আমি আমার আবেদনপত্র প্রত্যাহার করার জন্য সম্মত হই:

আবেদনকারীর স্বাক্ষর	তারিখ
---------------------	-------

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed By		
Date Eligibility Determined By Worker				Date Eligibility Approved By		
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No.	Reuse Ind.
Case Name		District		Registry No.	Ver.	
Effective Date			MA Disp.	Denial	Withdrawal	Reason Code
						Proxy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No