



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Mary T. Bassett, MD, MPH

Commissioner

প্রিয় রোগী:

এই চিঠিটি আপনাকে জানানোর জন্য যে, নিউইয়র্ক সিটি হেলথ ডিপার্টমেন্ট প্রাপ্তবয়স্কদের (19 বছর ও তার বেশি বয়স্ক) দেওয়া টিকাকরণ পরিষেবা জন্য স্বাস্থ্য বীমার তথ্য বা ফী চাইতে পারে। মেডিকেইড স্ট্যান্ডার্ড ও অন্যান্য আইনি আবশ্যকতাগুলো পূরণ করার জন্য হেলথ ডিপার্টমেন্টকে পরিষেবাগুলোর জন্য অবশ্যই বীমা বা অর্থপ্রদান চাইতে হয়।

- আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা থাকে, তাহলে **বিভাগ A** দেখুন।
- আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা না থাকে, তাহলে **বিভাগ B** দেখুন।

আপনার যদি বীমা না থাকে অথবা আপনি ফী পরিশোধ করতে না পারেন, তাহলেও আপনি পরিষেবাগুলো
পাবেন। প্রত্যেকেই পরিষেবাগুলো পাবেন।

বিলিং সংক্রান্ত আরো তথ্যের জন্য, nyc.gov/health দেখুন এবং "clinic billing FAQ" (ক্লিনিক বিলিং FAQ) সন্ধান করুন অথবা 311 নম্বরে ফোন করুন এবং "হেলথ ডিপার্টমেন্ট ক্লিনিক বিলিং" সম্বন্ধে জিজ্ঞাসা করুন। আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে ক্লিনিকের কর্মীদের জিজ্ঞাসা করুন।

বিনীত

Mary T. Bassett, MD, MPH
কমিশনার

A. আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা থাকে, কিন্তু আপনি আপনার বীমার কার্ডটি সঙ্গে না আনেন: অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি বাড়িতে পূরণ করে, নিচে দেওয়া চিঠি পাঠানোর ঠিকানায় জমা দিন।

অনুগ্রহ করে আমার সাক্ষাতের জন্য নিচের তালিকায় দেওয়া স্বাস্থ্য বীমার থেকে বিলের অর্থ নেবেন:

স্বাস্থ্য বীমার নাম: _____

স্বাস্থ্য বীমার ঠিকানা: _____

স্বাস্থ্য বীমার টেলিফোন নম্বর: _____

বীমার ID: _____ গ্রুপ নম্বর: _____

যদি বীমার আওতাটি স্বামী বা স্ত্রী, মা-বাবা বা অন্য কারো মাধ্যমে হয়:

পলিসি ধারকের নাম: _____ পলিসি ধারকের জন্ম তারিখ: _____

বীমার আওতাধীন ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক: () স্বামী বা স্ত্রী () মা-বাবা () অন্যান্য

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

B. আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা না থাকে: অনুগ্রহ করে স্লাইডিং স্কেল ব্যবহার করুন।

- আপনাকে ধরে আপনার বাড়িতে যতজন পরিবারের সদস্য বসবাস করেন, সেই সংখ্যাটি “পরিবারের আয়তন” কলামে খুঁজুন।
- পুরোটা পড়ুন এবং আপনার বার্ষিক আয় সন্ধান করুন। আপনার কাছে পরিবারের আয়তন বা আয়ের প্রমাণ চাওয়া হবে না।
- আপনাকে কত অর্থ পরিশোধ করতে হবে তা দেখতে, সেই কলামের নিচে পর্যন্ত দেখুন।
- NYC Department of Health and Mental Hygiene-কে প্রদেয় একটি চেক বা মানি অর্ডার (নগদ নয়) পূরণ করুন।
- চেক বা মানি অর্ডারে রোগীর নাম, সাক্ষাতের তারিখ, এবং রোগীর ID নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন (যা এই চিঠির সামনে পাওয়া যায়)। অর্থ পাঠানোর ঠিকানাটি নিচে দেওয়া হয়েছে।

স্লাইডিং স্কেল

পরিবারের আয়তন	বার্ষিক আয়					
1	\$17,235 এর কম	\$17,236 থেকে \$22,980	\$22,981 থেকে \$28,725	\$28,726 থেকে \$34,470	\$34,471 থেকে \$40,215	\$40,216 এর বেশি
2	\$23,265 এর কম	\$23,266 থেকে \$31,020	\$31,021 থেকে \$38,775	\$38,776 থেকে \$46,530	\$46,531 থেকে \$54,285	\$54,286 এর বেশি
3	\$29,295 এর কম	\$29,296 থেকে \$39,060	\$39,061 থেকে \$48,825	\$48,826 থেকে \$58,590	\$58,591 থেকে \$68,355	\$68,356 এর বেশি
4	\$35,325 এর কম	\$35,326 থেকে \$47,100	\$47,101 থেকে \$58,875	\$58,876 থেকে \$70,650	\$70,651 থেকে \$82,425	\$82,426 এর বেশি
5	\$41,355 এর কম	\$41,356 থেকে \$55,140	\$55,141 থেকে \$68,925	\$68,926 থেকে \$82,710	\$82,711 থেকে \$96,495	\$96,496 এর বেশি
6	\$47,385 এর কম	\$47,386 থেকে \$63,180	\$63,181 থেকে \$78,975	\$78,976 থেকে \$94,770	\$94,771 থেকে \$110,565	\$110,566 এর বেশি
7	\$53,415 এর কম	\$53,416 থেকে \$71,220	\$71,221 থেকে \$89,025	\$89,026 থেকে \$106,830	\$106,831 থেকে \$124,635	\$124,636 এর বেশি
ফী	\$0	\$3.57	\$7.14	\$10.71	\$14.28	\$17.85

ফী স্কেলের উদাহরণ:

- \$28,000 বার্ষিক আয় সহ একজন একা লোক (পরিবারের আয়তন হল 1): \$7.14 প্রদেয়।
- \$85,000 বার্ষিক আয় সহ একজন ব্যক্তি, যিনি 3টি শিশু, একজন স্বামী/স্ত্রী, ও একজন মা/বাবার সঙ্গে বাস করেন (পরিবারের আয়তন হল 6): \$10.71 প্রদেয়।

স্লাইডিং স্কেলের ভিত্তিতে, \$ _____ অর্থপ্রদান সংযুক্ত করা হয়েছে।

অনুগ্রহ করে পূরণ করা ফর্মটি (A) বা অর্থপ্রদানটি (B) এই ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th Street, CN 32W
Long Island City, NY 11101