



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF  
HEALTH AND MENTAL HYGIENE  
Oxiris Barbot, MD  
Commissioner

প্রিয় রোগী:

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

- আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা না থাকে কিংবা আপনি এই সাক্ষাতের জন্য আপনার বীমা থেকে বিলের অর্থ মেটাতে না চান, তাহলে **বিভাগ A** দেখুন।
- আপনি যদি সাক্ষাতটির জন্য অর্থ পরিশোধ করার জন্য আপনার স্বাস্থ্য বীমা ব্যবহার করতে চান, তাহলে **বিভাগ B** দেখুন।

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

বিলিং সংক্রান্ত আরো তথ্যের জন্য, [nyc.gov/health](http://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,

Oxiris Barbot, MD  
কপঅেমশনো

**A. আপনার যদি স্বাস্থ্য বীমা না থাকে কিংবা আপনি এই সাক্ষাতের জন্য আপনার বীমা থেকে বিলের অর্থ মেটাতে না চান, তাহলে 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 সামনের লেবেলে পাওয়া যায়)। অর্থ পাঠানোর ঠিকানাটি নিচে দেওয়া হয়েছে।

**স্লাইডিং স্কেল**

পরিবারের আয়তন	বার্ষিক আয়					
	\$16,643 এর কম	\$16,643 থেকে \$18,093	\$18,094 থেকে \$30,150	\$30,151 থেকে \$36,180	\$36,181 থেকে \$48,240	\$48,240 এর বেশি
1	\$16,643 এর কম	\$16,643 থেকে \$18,093	\$18,094 থেকে \$30,150	\$30,151 থেকে \$36,180	\$36,181 থেকে \$48,240	\$48,240 এর বেশি
2	\$22,411 এর কম	\$22,411 থেকে \$24,360	\$24,361 থেকে \$40,600	\$40,601 থেকে \$48,720	\$48,721 থেকে \$64,960	\$64,960 এর বেশি
3	\$28,180 এর কম	\$28,180 থেকে \$30,630	\$30,631 থেকে \$51,050	\$51,051 থেকে \$61,260	\$61,261 থেকে \$81,680	\$81,680 এর বেশি
4	\$33,948 এর কম	\$33,948 থেকে \$36,900	\$36,901 থেকে \$61,500	\$61,501 থেকে \$73,800	\$73,801 থেকে \$98,400	\$98,400 এর বেশি
5	\$39,716 এর কম	\$39,716 থেকে \$43,170	\$43,171 থেকে \$71,950	\$71,951 থেকে \$86,340	\$86,341 থেকে \$115,120	\$115,120 এর বেশি
6	\$45,485 এর কম	\$45,485 থেকে \$49,440	\$49,441 থেকে \$82,400	\$82,401 থেকে \$98,880	\$98,881 থেকে \$131,840	\$131,840 এর বেশি
7	\$51,253 এর কম	\$51,253 থেকে \$55,710	\$55,711 থেকে \$92,850	\$92,851 থেকে \$111,420	\$111,421 থেকে \$148,560	\$148,560 এর বেশি।
ফী	\$0	\$15	\$20	\$30	\$40	\$50

**ফী স্কেলের উদাহরণ:**

- \$28,000 বার্ষিক আয় সহ একজন একা লোক (পরিবারের আয়তন হল 1): \$20 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): \$30 প্রদেয়।

**B. সাক্ষাতের জন্য অর্থ পরিশোধ করতে, আপনার স্বাস্থ্য বীমা ব্যবহার করা:**

আপনি যদি আজ আপনার বীমার কার্ডটি সঙ্গে না এনে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে এই পাতার নিচের অংশটি ভরুন এবং নিচে দেওয়া চিঠি পাঠানোর ঠিকানায় জমা করে দিন।

আপনি যদি ক্লিনিকে আপনার বীমার তথ্য দিয়ে থাকেন, অথবা এটা ডাকযোগে জমা করেন, তাহলে আপনি অথবা পলিসি ধারক বীমা প্রদানকারীর থেকে সুবিধাসমূহের একটি ব্যাখ্যা (EOB) পেতে পারেন। আপনি যে সমস্ত পরিষেবাগুলো পেয়েছিলেন তার তালিকা EOB-তে দেওয়া থাকবে এবং আংশিক অর্থপ্রদান আবশ্যিক কি না তা দেখানো হবে। আপনার যদি কোনো আংশিক অর্থপ্রদান বকেয়া থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে একটি চেক বা মানি অর্ডার (নগদ নয়) নিচের তালিকায় দেওয়া ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান, যা **NYC Department of Health and Mental Hygiene**-কে প্রদেয় হতে হবে। চেক বা মানি অর্ডারে **রোগীর নাম, সাক্ষাতের তারিখ, এবং রোগীর ID নম্বর** (যা এই চিঠির সামনে পাওয়া যায়) অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।

**চিঠি পাঠানোর ঠিকানা:**

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

**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: \_\_\_\_\_