



**সংস্থানগুলি**

প্রাপকের কাছে থাকতে পারে এমন কোনও সংস্থান তালিকাভুক্ত করুন:

	হ্যাঁ	না	\$ মান	অ্যাকাউন্ট নম্বর		অবস্থান
পার্সোনাল ইনসিডেনটাল অ্যাকাউন্ট (PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
সেভিংস অ্যাকাউন্ট (চেকিং/সেভিংস/ব্যাক, ক্রেডিট ইউনিয়নে জমার শংসাপত্র)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
মামলা নিষ্পত্তি, উত্তরাধিকারের প্রত্যাশা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ট্রাস্টের ফান্ড	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
জীবন বিমা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
বার্ষিক বৃত্তি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
স্টক, বন্ড, সেভিংস বন্ড	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
রিয়েল এস্টেট (অবকাশ সম্পত্তি এবং বসতবাড়ি সহ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
আয়-উৎপাদনকারী সম্পত্তি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
অ-আয়-উৎপাদনকারী সম্পত্তি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
নিজের বাড়ি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
মিউচুয়াল ফান্ড	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA, KEOGH, 401-K, বিলম্বিত ক্ষতিপূরণ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
অন্যান্য পেনশন বা অবসর অ্যাকাউন্ট	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
দাফন ফান্ড, দাফন ট্রাস্ট, দাফনের স্থান (কবরস্থান প্লট), অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া চুক্তি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
অন্যান্য সংস্থান(অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
মোটর গাড়ি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		বছর	প্রস্তুত	মডেল

আপনি বা আপনার স্বামী/ স্ত্রী কি বিগত 60 মাসের মধ্যে কোন নগদ, আয়, রিয়েল এস্টেট বা অন্য কোন সম্পদ বিক্রি করেছেন, প্রদান করেছেন বা হস্তান্তর করেছেন?

হ্যাঁ	না	সম্পদ	\$ মান	এটা কার কাছে গেল?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ছায়াযুক্ত অংশে লিখবেননা।

আয়	প্রাপকের তথ্য			স্বামী/স্ত্রীর পদবি			পারিবারিক আয়		
	হ্যাঁ	না	\$ পরিমাণ	হ্যাঁ	না	\$ পরিমাণ	হ্যাঁ	না	\$ পরিমাণ
প্রাপক, প্রাপকের স্বামী/ স্ত্রী, বা নির্ভরশীল পরিবারের সদস্যের যে কোনো আয়ের তালিকা করুন যা তার কাছে থাকতে পারে:									
সোশ্যাল সিকিউরিটি/রেলপথের অবসর	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
পেনশন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
অভিভূক্তদের পেনশন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, বিলম্বিত ক্ষতিপূরণ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
খোরপোশ/স্বামী বা স্ত্রীর পেমেট	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
বন্ধক/ভাড়ার আয়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
বার্ষিক	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ব্যাক অ্যাকাউন্ট, মিউচুয়াল ফান্ড, স্টক, ক্রেডিট ইউনিট থেকে সুদ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
স্টক, বন্ড, মিউচুয়াল ফান্ড থেকে লভ্যাংশ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
অন্যান্য আয় যেমন অক্ষমতার সুবিধা, SSI, কর্মসংস্থান ইত্যাদি। (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
আপনি কি একটি ট্রাস্ট, মামলা নিষ্পত্তি, উত্তরাধিকার, ইত্যাদি থেকে আয় পাওয়ার আশা করেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

স্বাস্থ্য বীমা	
আপনার কি Medicare কার্ড (লাল, সাদা এবং নীল কার্ড) আছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, <input type="checkbox"/> বিভাগ A <input type="checkbox"/> বিভাগ B
আপনার স্বামী/স্ত্রীর বা নির্ভরশীল পরিবারের সদস্যের কি Medicare বিভাগ B আছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, <input type="checkbox"/> বিভাগ A <input type="checkbox"/> বিভাগ B
আপনি, আপনার স্বামী/ স্ত্রী বা একজন নির্ভরশীল পরিবারের সদস্য কি কোনো স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনার আওতায় আছেন, যেমন নিয়োগকর্তা, ইউনিয়ন, অবসর ব্যবস্থা প্রদত্ত পরিকল্পনা; সমর্থন আদেশ, ব্যক্তিগত বীমা পরিকল্পনা বা VA এর অধীনে কভারেজ?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
অন্তর্ভুক্ত ব্যক্তি(দের) নাম	
কে প্রিমিয়াম দেয়	
বীমা কোম্পানির নাম	
পলিসি নম্বর	
কে পলিসি কভার করে?	
পলিসি কার্যকর হওয়ার তারিখ	
প্রিমিয়ামের পরিমাণ এবং কত ঘন ঘন প্রদান করা হয়?	

বাসস্থান সংক্রান্ত খরচ			
আপনার স্বামী অথবা স্ত্রীর কি আবাসনের খরচা আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, নীচে অনুরোধ করা তথ্য পূরণ করুন।			
মাসিক ভাড়ার পরিমাণ	মাসিক বন্ধকের পরিমাণ	মাসিক কবের পরিমাণ	মাসিক তাপের বিল
\$	\$	\$	\$

**জাতি/জাতিগত অধিভুক্তি শুধুমাত্র আবেদনকারীর জন্য**

(সমাপ্ত করা ঐচ্ছিক। তবে, সম্পূর্ণ না হলে, সাফাৎকারকারীকে পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে রেকর্ড করতে হতে পারে। এই তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে শুধুমাত্র নিশ্চিত করার জন্য যে প্রত্যেকে ন্যায্য ভিত্তিতে সহায়তা/খরচ পায়। এই তথ্য আপনার যোগ্যতাকে প্রভাবিত করবে না।) আমি একজন (শুধুমাত্র একটি চেক করুন)

জাতি/জাতিগত গোষ্ঠীর কোড:  B-কৃষ্ণ বা আফ্রিকান আমেরিকান  W-স্বেতঙ্গ  H-হিস্পানিক বা ল্যাটিনো  \*A-এশীয় বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী

I-আমেরিকান ভারতীয় বা আলাস্কা নোটিভ  \*P-নোটিভ হাওয়াইয়ান বা অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী  U-অজানা  O-অন্যান্য।

\*আপনি যদি A- এশীয়, বা P-স্থানীয় হাওয়াইবাসী অথবা প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী নির্বাচন করে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের অন্যান্য AAPI-এ তথ্য দেখুন।  
 \*অন্যান্য এশীয় আমেরিকান/প্যাসিফিক আইল্যান্ডবাসী (ঐচ্ছিক) - অনুগ্রহ করে আপনার AAPI উপগোষ্ঠী সনাক্ত করুন। এই সম্প্রদায়ের মধ্যে থাকা উপগোষ্ঠী অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়: চাইনিজ, জাপানিজ, ফিলিপিনো, কোরিয়ান, ভিয়েতনামী, কম্বোডিয়ান, ইন্দোনেশিয়ান, পাকিস্তানি, শ্রীলঙ্কান, তাইওয়ানিজ, স্থানীয় হাওয়াইবাসী, সামোয়ান, টোঙ্গান, ওয়ামানিয়ান বা চামোরো, মার্শালিজ, ফিজিয়ান এবং অন্যান্য।

**অ-বৈষম্য বিজ্ঞপ্তি-** এই আবেদনপত্রটি বিবেচিত হবে জাতি, বর্ণ, লিঙ্গ পরিচয়, অক্ষমতা, ধর্মবিশ্বাস, জাতীয় মূল অথবা রাজনৈতিক বিশ্বাস নির্বিশেষে।

**সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর-** Medicaid (MA) এর জন্য আবেদনকারী ব্যক্তি শুধুমাত্র জরুরী চিকিৎসা অবস্থার চিকিৎসার জন্য MA-এর সন্ধান করে এমন অনথিতুক্ত বহিরাগত ব্যক্তি ব্যতীত যেকোন ব্যক্তির সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর প্রকাশ করবেন যার জন্য Medicaid অনুরোধ করা হয়েছে। 18NYCRR এবং 42 USC 1320b-7-এর ধারা 351.2 এবং 360-1.2-এর কর্তৃত্বের অধীনে Medicaid-এর জন্য এই ধরনের প্রকাশ বাধ্যতামূলক। সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরগুলি Medicaid আবেদনকারীদের এবং প্রাপকদের সঠিক পরিচয় প্রদান করতে এবং আয়, যোগ্যতা এবং সুবিধার পরিমাণ যাচাই করতে ব্যবহার করা হয়। এছাড়াও আমরা আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করব IRS অনর্জিত আয়ের ডেটার সাথে এবং অর্জিত আয়ের ডেটার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের সাথে মেলাতে।

**সম্মতি-** আমি বুঝি যে এই আবেদন পত্র/সংশ্লিষ্ট স্বাক্ষর করার দ্বারা আমি, আমাদের দেওয়া তথ্যগুলি যাচাই অথবা প্রত্যয়িত করার জন্য সমাজ সেবা বিভাগের দ্বারা করা যেকোনো অনুসন্ধানের অথবা তাদের দ্বারা করা Medicaid জন্য আমার অনুরোধের সঙ্গে সম্পর্কিত অন্য যেকোনো অনুসন্ধানের ক্ষেত্রে সম্মতি জানাচ্ছি। যদি অতিরিক্ত তথ্যের জন্য অনুরোধ করা হয়, আমি সেটি প্রদান করব।

**পরিবর্তনগুলি-** আমি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান বা বিশ্বাস অনুযায়ী আমার চাহিদা, থাকার ব্যবস্থা বা ঠিকানায় যেকোনো পরিবর্তনের বিষয়ে এজেন্সিকে অবিলম্বে জানাতে সম্মত।

**বীমা এবং অন্যান্য সুবিধার বরাদ্দ-** আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা বীমা সুবিধা বা অন্য যেকোন সম্পদের জন্য যেকোন দাবি দাখিল করব যার জন্য আমি অধিকারী, এবং এতদ্বারা সমাজ সেবা আধিকারিকদের কাছে এই ধরনের কোনও সংস্থান বরাদ্দ করব যার কাছে এই আবেদন করছি। এছাড়াও, আমি সমাজ সেবা আধিকারিক যার কাছে এই আবেদন করা হয়েছে তাকে সুবিধা বা সম্পদের যেকোন প্রয়োজনীয় বরাদ্দ করতে সহায়তা করব।

**সরাসরি অর্থপ্রদান-** যখন আমরা Medicaid-এর জন্য যোগ্য তখন আমি স্বাস্থ্য বা দুর্ঘটনা বীমা সুবিধার জন্য আমাকে বা আমার পরিবারের সদস্যদের চিকিৎসা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য উপযুক্ত সমাজ সেবা আধিকারিকের কাছে পেমেন্ট করার অনুমোদন দিচ্ছি।

**MEDICARE-** আমি Medicaid-এর জন্য যোগ্য থাকাকালীন আমার দেওয়া চিকিৎসা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য ভবিষ্যতের যেকোন অবৈতনিক বিলের ক্ষেত্রে সরাসরি চিকিৎসক এবং চিকিৎসা সরবরাহকারীদের কাছে "Medicare" (শিরোনাম XVIII এর অংশ B, পরিপূরক মেডিকেল ইন্স্যুরেন্স প্রোগ্রাম) এর অধীনে অর্থপ্রদান অনুমোদন করি।

**শাস্তি-** আমি বুঝি যে আমার আবেদনপত্রটির বিষয়ে অনুসন্ধান করা হতে পারে এবং আমি এই প্রকার একটি অনুসন্ধানের ক্ষেত্রে সহযোগিতা করব। আপনি যদি Medicaid সুবিধার জন্য আবেদন করার সময় বা যে কোনো সময়ে যখন আপনার যোগ্যতা সম্পর্কে প্রশ্ন করা হয় তখন সত্য না বলেন, অথবা অন্য কেউ যখন আপনার আবেদনের বিষয়ে বা আপনার অব্যাহত যোগ্যতা বিষয়ে সত্য না বলে তবে ফেডারেল এবং স্টেট আইনগুলি জরিমানা, কারাদণ্ড বা উভয়ের শাস্তি প্রদান করতে পারে। আপনি যদি Medicaid-এর জন্য আপনার প্রাথমিক এবং অবিরত যোগ্যতা সম্পর্কিত তথ্যগুলি গোপন করেন বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হন বা আপনি যদি এমন তথ্য গোপন করেন বা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হন যা এমন ব্যক্তির অধিকারকে প্রভাবিত করবে যার জন্য আপনি Medicaid বেনিফিট পাওয়ার জন্য আবেদন করেছেন বা চালিয়ে যাচ্ছেন, তাহলেও শাস্তি প্রযোজ্য; এবং এই ধরনের সুবিধাগুলি অবশ্যই অন্য ব্যক্তির জন্য ব্যবহার করা উচিত এবং নিজের জন্য নয়।

ফেডারেল এবং স্টেট আইন অনুসারে, একজন ব্যক্তি বা তাদের পক্ষী যদি যে মাসে ব্যক্তি প্রাতিষ্ঠানিক হয়ে যায় সেই মাসের প্রথম দিনের ঠিক আগের ষাট মাসের মধ্যে বা তার পরে, অথবা, যদি পরে হয়, প্রাতিষ্ঠানিক ব্যক্তি হিসাবে Medicaid-এর জন্য আবেদনের তারিখে, ন্যায্য বাজার মূল্যের চেয়ে কম মূল্যে সম্পদের হস্তান্তর করে তাহলে ব্যক্তিটি নার্সিং সুবিধা পরিষেবার জন্য অযোগ্য বিবেচিত হতে পারে।

**শংসাপত্র-** এই আবেদনপত্রটি স্বাক্ষর করাকালীন, আমি প্রতিজ্ঞা এবং নিশ্চিত করি যে আমার দ্বারা Medicaid এর একটি ভিত্তিস্বরূপ সমাজ সেবা বিভাগ এর নিকট প্রদত্ত অথবা প্রদেয় তথ্যগুলি সত্য। আমি, আমার সহায়তার এবং অন্যান্য তৃতীয়পক্ষ সংস্থানগুলিকে অনুসরণ করার জন্য, সমাজ সেবা বিভাগ এর নিকট, আইনি দায়িত্বযুক্ত ব্যক্তিদের থেকে সহায়তা প্রাপ্ত করার জন্য আমার যেকোনো অধিকারগুলিও অর্পণ করি। আমি বুঝি যে Medicaid প্রাপ্তির পরে, এলিয়েন দায়ের করা হতে পারে এবং নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে আমার প্রকৃত সম্পত্তির বিরুদ্ধে একটি পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে যদি আমি একটি চিকিৎসা প্রতিষ্ঠানে থাকি এবং দেশে ফিরে আসার আশা না করি। আমি বুঝি যে আমার পক্ষে প্রদত্ত Medicaid, সেই সকল ব্যক্তিদের থেকে, যাদের চিকিৎসাত্তিক পরিষেবাগুলি প্রাপ্ত করার সময়ে, আমার সহায়তার জন্য আইনি দায়িত্ব ছিল, তার নিকট থেকে পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে।

প্রাপকের স্বাক্ষর:	স্বাক্ষরের তারিখ	স্বামী/ স্ত্রীর স্বাক্ষর	স্বাক্ষরের তারিখ
প্রতিনিধির স্বাক্ষর	স্বাক্ষরের তারিখ		
কর্মীর স্বাক্ষর	স্বাক্ষরের তারিখ	তত্ত্বাবধায়কের স্বাক্ষর:	স্বাক্ষরের তারিখ