



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF  
HEALTH AND MENTAL HYGIENE  
Ashwin Vasana, MD, PhD  
Commissioner

Ashwin Vasana, MD, PhD  
Commissioner

ফেব্রুয়ারী 26, 2024

Gotham Center  
42-09 28th St.  
Long Island City, NY 11101

প্রিয় রোগী,

এই চিঠির দ্বারা আপনাকে জানানো হচ্ছে যে নিউ ইয়র্ক সিটির স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি দপ্তর (NYC স্বাস্থ্য বিভাগ) প্রাপ্তবয়স্কদের (19 বছর বা তার বেশি বয়সী) স্বাস্থ্য বিমা তথ্য বা নির্দিষ্ট ক্লিনিক পরিষেবার জন্য ফি চাইছে। NYC স্বাস্থ্য বিভাগকে অবশ্যই Medicaid মান এবং অন্যান্য আইনি প্রয়োজনীয়তা পূরণের ক্ষেত্রে পরিষেবাগুলির জন্য বিমা বা অর্থপ্রদানের জন্য অনুরোধ করতে হবে।

- আপনার যদি স্বাস্থ্য বিমা না থাকে বা এই ভিজিটের জন্য আপনার বিমা বিল করতে না চান, তাহলে **বিভাগ A** দেখুন।
- আপনি যদি এই ভিজিটের জন্য অর্থ প্রদান করতে আপনার স্বাস্থ্য বিমা ব্যবহার করতে চান তবে **বিভাগ B** দেখুন।

**আপনার বিমা না থাকলে বা ফি দিতে না পারলেও  
আপনি পরিষেবা পেতে পারেন।**

আরও বিলিং তথ্যের জন্য, [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health)-এ যান এবং **ক্লিনিক বিলিং (clinic billing) FAQ** অনুসন্ধান করুন বা **311** নম্বরে কল করুন এবং “স্বাস্থ্য বিভাগের ক্লিনিক বিলিং” সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করুন। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, অনুগ্রহ করে ক্লিনিক কর্মীদের জিজ্ঞাসা করুন।

বিনীত,

Ashwin Vasana, MD, PhD  
Commissioner  
New York City Department of  
Health and Mental Hygiene

**A. আপনার যদি স্বাস্থ্য বিমা না থাকে বা আপনার বিমায় বিল করতে না চান:**

**অনুগ্রহ করে স্লাইডিং স্কেল ব্যবহার করুন।**

1. “পরিবারের আকার” কলামে, আপনাকে নিয়ে আপনার বাড়িতে বসবাসকারী পরিবারের সদস্যদের সংখ্যা পান।
2. সম্পূর্ণ এবং আপনার বার্ষিক আয় জানুন। আপনার কাছে পরিবারের আকার জানতে চাওয়া বা বার্ষিক আয়ের প্রমাণ চাওয়া হবে না।
3. আপনার কতটা বকেয়া আছে তা জানতে সেই কলামের নীচের দিকে দেখুন।
4. **NYC স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি দপ্তরকে** প্রদেয় চেক বা মানি অর্ডার (নগদ নয়) সম্পূর্ণ করুন।
5. চেক বা মানি অর্ডারে **রোগীর পুরো নাম, ভিজিটের তারিখ এবং রোগীর বৈদ্যুতিন চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ড শনাক্তকরণ (electronic medical record identification, EMR ID) নম্বর** (এই চিঠির সামনের লেবেলে পাবেন) অন্তর্ভুক্ত করুন। পেমেন্ট পাঠানোর ঠিকানা নিচে দেওয়া হল।

**নির্দেশনা**

<b>ধাপ 1.</b> আপনার পরিবারের আকার খুঁজুন (আপনার সাথে বসবাসকারী সমস্ত প্রাপ্তবয়স্ক এবং শিশুরা এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত)।	<b>ধাপ 2.</b> তালিকাভুক্ত কলামগুলিতে (বাম থেকে ডানে) এক বছরে আপনি যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করেন তা খুঁজুন।	<b>ধাপ 3.</b> আপনার ক্লিনিক ভিজিটের জন্য আপনাকে কত টাকা দিতে বলা হবে তা জানতে চার্টের নীচের কলামগুলি অনুসরণ করুন।
---	--	--

**স্লাইডিং স্কেল**

পরিবারের আকার	বার্ষিক আয়					
	1	\$14,580 এর নিচে	\$14,581 থেকে \$18,225	\$18,226 থেকে \$21,870	\$21,871 থেকে \$29,160	\$29,161 থেকে \$36,450
2	\$19,720 এর নিচে	\$19,721 থেকে \$24,650	\$24,651 থেকে \$29,580	\$29,581 থেকে \$39,440	\$39,441 থেকে \$49,300	\$49,301 এর বেশি
3	\$24,860 এর নিচে	\$24,861 থেকে \$31,075	\$31,076 থেকে \$37,290	\$37,291 থেকে \$49,720	\$49,721 থেকে \$62,150	\$62,151 এর বেশি
4	\$30,000 এর নিচে	\$30,001 থেকে \$37,500	\$37,501 থেকে \$45,000	\$45,001 থেকে \$60,000	\$60,001 থেকে \$75,000	\$75,001 এর বেশি
5	\$35,140 এর নিচে	\$35,141 থেকে \$43,925	\$43,926 থেকে \$52,710	\$52,711 থেকে \$70,280	\$70,281 থেকে \$87,850	\$87,851 এর বেশি
6	\$40,200 এর নিচে	\$40,201 থেকে \$50,350	\$50,351 থেকে \$60,420	\$60,421 থেকে \$80,560	\$80,561 থেকে \$105,420	\$105,421 এর বেশি
7	\$45,420 এর নিচে	\$45,421 থেকে \$56,775	\$56,776 থেকে \$68,130	\$68,131 থেকে \$90,840	\$90,841 থেকে \$113,550	\$113,551 এর বেশি
<b>ফি</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2</b>	<b>\$3</b>	<b>\$20</b>	<b>\$30</b>	<b>\$40</b>

## ফি স্কেল উদাহরণ:

- \$19,000 বার্ষিক আয় সহ একজন একক ব্যক্তিকে (পরিবারের আকার শুধুমাত্র একজনকে নিয়ে হলে) \$3 ফি দিতে হবে।
- তিন সন্তান, একজন পত্নী এবং একজন পিতামাতার সাথে বসবাসকারী একজন ব্যক্তি (পরিবারের আকার ছয়জনকে নিয়ে হলে) যার বাৎসরিক আয় \$60,421 তাকে \$20 ফি দিতে হবে।

## B. ভিজিটের জন্য অর্থ প্রদান করতে আপনার স্বাস্থ্য বিমা ব্যবহার করা:

আপনি যদি আজ আপনার বিমা কার্ড না নিয়ে আসেন, অনুগ্রহ করে এই পৃষ্ঠার নীচের অংশটি পূরণ করুন এবং নীচের মেইল ঠিকানায় জমা দিন।

আপনি যদি ক্লিনিকে আপনার বিমার তথ্য দিয়ে থাকেন বা ডাকযোগে জমা দেন, তাহলে আপনি বা পলিসিধারী ব্যক্তি আপনার বিমা প্রদানকারীর কাছ থেকে সুবিধা পাওয়ার বিষয়ে ব্যাখ্যা (Explanation of Benefits, EOB) পেতে পারেন। আপনি যে পরিষেবাগুলি পেয়েছেন তা EOB তালিকাভুক্ত করবে এবং একটি সহ-প্রদানের প্রয়োজন হলে তা দেখাবে। আপনার যদি কোনো সহ-প্রদানের জন্য অর্থের পাওনা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচে তালিকাভুক্ত ঠিকানায় **NYC স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি দপ্তরকে** প্রদেয় একটি চেক বা মানি অর্ডার (নগদ নয়) মেইল করুন। চেক বা মানি অর্ডারে **রোগীর পুরো নাম, দেখার তারিখ এবং রোগীর EMR ID নম্বর** (এই চিঠির সামনের লেবেলে পাবেন) অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।

## চিঠি পাঠানোর ঠিকানা:

NYC Department of Health and Mental Hygiene  
Attn: Division of Finance  
42-09 28th St., CN48  
Long Island City, NY 11101

## আমার ভিজিটের জন্য নীচে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য বিমা বিল করুন:

স্বাস্থ্য বিমার নাম (প্রয়োজনীয়): \_\_\_\_\_  
স্বাস্থ্য বিমার ঠিকানা: \_\_\_\_\_  
স্বাস্থ্য বিমার টেলিফোন নম্বর: \_\_\_\_\_  
বিমার ID (প্রয়োজনীয়): \_\_\_\_\_ দলের নম্বর: \_\_\_\_\_

## বিমার কভারেজ একজন স্বামী / স্ত্রী, পিতামাতা বা অন্যদের মাধ্যমে হলে:

পলিসি ধারকের নাম: \_\_\_\_\_ পলিসি ধারকের জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_  
বিমাকৃতের সাথে সম্পর্ক (যদি রোগী বা নিজে না হয়):  স্বামী/স্ত্রী  অভিভাবক  অন্যান্য

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_