Yale NewHaven Health

| **দায়িত্ব প্রাপ্ত বিভাগ:**<br>কর্পোরেট ব্যবসা পরিষেবাসমূহ | **(YALE NEW HAVEN HEALTH)**<br>**নীতিমালা ও প্রক্রিয়া** |
|---|---|
| **শিরোনাম: আর্থিক সহায়তার প্রোগ্রাম (Financial Assistance Programs)** | |
| **কার্যকর হওয়ার তারিখ: 11/30/2023** | |
| **অনুমোদন করেছেন: YNHHS ট্রাস্টি বোর্ড** | |
| **সিস্টেমের নীতিমালার ধরন (I বা II): প্রকারভেদ।** | |

## উদ্দেশ্য

ইয়েল নিউ হ্যাভেন হেল্থ ("Yale New Haven Health" বা "YNHHS") প্রয়োজনে যোগ্য ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা প্রদানের মাধ্যমে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় সেবা প্রদানের জন্য প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। এই আর্থিক সহায়তা নীতিমালা (Financial Assistance Policy, "FAP")-এর উদ্দেশ্য হল:

A. FAP-এর অধীনে কোন আর্থিক সহায়তা উপলব্ধ আছে তার ব্যাখ্যা করা;
B. কারা আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য এবং কীভাবে আবেদন জমা করতে হবে সেই সম্পর্কে বর্ণনা দেওয়া;
C. আপৎকালীন সময়ে কীভাবে রোগীর খরচ নির্ণয় করা হয় তার বর্ণনা করা অথবা FAP-এর যোগ্য রোগীদের অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবার বর্ণনা করা;
D. FAP-এর অধীনে রয়েছে বা অধীনে নেই এমন প্রদানকারীদের চিহ্নিত করা;
E. YNHHS-এর পরিষেবাপ্রাপ্ত এলাকাগুলির মধ্যে এই FAP-এর বিষয়ে বিস্তারিত ভাবে প্রচার করার জন্য YNHHS যে পদ্ধতিগুলি ব্যবহার করে তার বর্ণনা করা; এবং
F. ইয়েল নিউ হ্যাভেন হেলথ বিলের অর্থ মেটাতে না পারলে আদায় করার জন্য কী পদ্ধতি অনুসরণ করা হবে তা ব্যাখ্যা করা।

## প্রযোজ্যতা

এই নীতি YNHHS সহ Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital, লরেন্স + Lawrence + Memorial Hospital, Yale New Haven Hospital এবং Westerly Hospital-এর সঙ্গে সংযুক্ত প্রত্যেকটি লাইসেন্সধারী হাসপাতালের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। উপরন্তু, Northeast Medical Group, Visiting Nurse Association of Southeastern Connecticut, এবং Home Care Plus এই আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি অনুসরণ করে।

## নীতি

A. **ভারপ্রাপ্ত অফিসার।** YNHHS সিনিয়র ভাইস প্রেসিডেন্ট, রেভিনিউ সাইকেল বা সেই বিষয়ে যিনি YNHHS-এর FAP তত্ত্বাবধান করবেন এমন মনোনীত ব্যক্তি।

### B. সুযোগ এবং প্রদানকারীর তালিকা

1. **আপৎকালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবা।** একটি হাসপাতালের বিল করার জন্য, আবাসিক এবং বহির্বিভাগের রোগীসহ আপৎকালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবার ক্ষেত্রে এই FAPটি প্রযোজ্য হয়। FAP-এ যে পরিষেবাগুলি বাদ রয়েছে: (a) প্রাইভেট রুম বা প্রাইভেট ডিউটির নার্স; (b) চিকিৎসার প্রয়োজনীয় নয় এমন পরিষেবা, যেমন নির্বাচিত কসমেটিক সার্জারি; (c) অন্যান্য নির্বাচিত সুবিধার মূল্য, যেমন টেলিভিশন বা টেলিফোনের খরচ, এবং (d) এই নীতিতে পরিষ্কার করে উল্লিখিত নেই এমন ছাড় বা কমানো খরচ।

2. **প্রদানকারীর তালিকা** আপৎকালীন এবং অন্যান্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় সেবা প্রদান করে এমন প্রদানকারীদের তালিকা এখানে পাওয়া যাবে:

   https://www.ynhh.org/patients-visitors/billing-insurance/Financial-assistance

   প্রদানকারী FAP-এর অধীনে রয়েছে কিনা তা এই তালিকায় পাওয়া যাবে। যদি প্রদানকারী এই FAP-এর আওতায় না থাকে, তাহলে প্রদানকারী আর্থিক সহায়তা প্রদান করে কিনা এবং যদি তাই হয়, তাহলে প্রদানকারীর আর্থিক সহায়তা নীতি কী কভার করে তা নির্ধারণ করতে রোগীদের প্রদানকারীর অফিসে যোগাযোগ করা উচিত।

3. **EMTALA-র সঙ্গে সম্মতি** হাসপাতালগুলির নীতি অনুযায়ী আপৎকালীন চিকিৎসা এবং সক্রিয় শ্রম আইন (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) সম্মত হতে হবে এবং একজন ব্যক্তিকে আপৎকালীন চিকিৎসা পরিষেবা লাভের থেকে বিরত রাখার কাজ নিষিদ্ধ রয়েছে। এই FAP-এর কোনো কিছুই (EMTALA)-এর অধীনে জরুরি চিকিৎসার রোগীদের চিকিৎসার জন্য হাসপাতালের বাধ্যবাধকতাকে সীমিত করে না।

### C. আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি

আর্থিক সহায়তা সেই ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে উপলব্ধ যাঁরা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে থাকেন যাঁরা প্রয়োজনীয় আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র সম্পূর্ণ করেন এবং নিম্নলিখিত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয়তাগুলির যোগ্য হন। সরকারি এবং বেসরকারি সহায়তা কর্মসূচিসহ সকল উপলব্ধ আর্থিক সহায়তার উৎসগুলি খতিয়ে দেখার জন্য সকল রোগীদের উৎসাহ দেওয়া উচিত।

প্রত্যেক কেসের ভিত্তিতে এবং শুধুমাত্র আর্থিক প্রয়োজনীয়তার ভিত্তিতে আর্থিক সহায়তার সিদ্ধান্তগুলি নেওয়া হয়। সিদ্ধান্ত কখনই এই বিষয়গুলি অন্তর্ভুক্ত করে না - বয়স, লিঙ্গ, জাতি,

বর্ণ, জাতিগত উৎস, বৈবাহিক অবস্থা, সামাজিক বা অভিবাসন-সংক্রান্ত অবস্থা, যৌন প্রবৃত্তি, লিঙ্গ পরিচিতি বা অভিব্যক্তি, ধর্মীয় বিশ্বাস, প্রতিবন্ধকতা, বার্ধক্য বা মিলিটারি অবস্থা বা আইনের দ্বারা নিষিদ্ধ অন্যান্য বিষয়। পরিবারের সদস্য সংখ্যা এবং আয় যাচাই করতে যে নথিপত্র দরকার তা আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্রে উল্লিখিত রয়েছে। YNHHS বা কোনো হাসপাতাল, তাদের সিদ্ধান্ত অনুযায়ী, এই নীতির সুযোগের বাইরে থাকা কোনো আর্থিক সহায়তার সম্মতি দিতে পারে।

1. **বিনামূল্যে সেবা।** মোট বার্ষিক পারিবারিক আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য স্তর নির্দেশিকাগুলির 250% বা তার নিচে রয়েছে বলে যাচাই করা হয় (সংযুক্তি 1 *দেখুন*), আপনি বিনামূল্যে সেবার জন্য (রোগীর অ্যাকাউন্ট ব্যালেন্সের বিপরীতে 100% ছাড়) যোগ্য হতে পারেন ।

2. **ছাড়যুক্ত সেবা।** যদি স্থূল বার্ষিক পারিবারিক আয় ফেডারেল দারিদ্র্য স্তর নির্দেশিকাগুলির 251% এবং 550% এর মধ্যে যাচাই করা হয়, তাহলে আপনি একটি স্লাইডিং স্কেলের উপর ভিত্তি করে ছাড়ের জন্য যোগ্যতা অর্জন করতে পারেন, যেমনটি সংযুক্তি 1-এ দেখানো হয়েছে। যে রোগীদের বীমা আছে তাদের জন্য, এই ছাড়টি রোগীর অ্যাকাউন্টের ব্যালেন্সে প্রয়োগ করা হবে যা বীমা বা তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারীদের থেকে অর্থপ্রদানের পরে থেকে যায়।

3. **হাসপাতালের বিছানার তহবিল।** আপনি হাসপাতালের বিছানার তহবিলের থেকে আর্থিক সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন, এই তহবিল হাসপাতালকে দান করা হয় যাতে হাসপাতালের পরিষেবার খরচ মেটাতে অপারগ রোগীদের চিকিৎসা সেবা প্রদান করা হয়। প্রত্যেক কেসের ভিত্তিতে যোগ্যতা নির্ণয় করা হয় এবং দাতার সীমাকে এর অন্তর্ভুক্ত করা হয়, এবং প্রযোজ্য হলে, তহবিলের মনোনয়নকারীরা মনোনয়ন করেন। সকল রোগী যাঁরা প্রয়োজনীয় আর্থিক সহায়তার আবেদনপত্র ভর্তি করেন তাঁরা নিজে থেকেই হাসপাতালের বিছানার তহবিলের জন্য বিবেচিত হবেন।

4. **অন্যান্য হাসপাতাল-নির্দিষ্ট আর্থিক সহায়তার প্রোগ্রাম। Greenwich Hospital Outpatient Clinic** Medicare, Medicaid, বা Access Health CT-র মাধ্যমে প্রদত্ত বীমা এবং যাদের পারিবারিক আয় ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের নির্দেশিকাগুলির 4 গুণেরও কম রোগীদের সেবা প্রদান করে। উপরন্তু, যে ব্যক্তিরা বিমার যোগ্য নন এবং যাঁরা গ্রিনউইচে থাকেন এবং যাঁদের পারিবারিক আয় যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য সীমার 4 গুণের নিচে রয়েছে তাঁদের জন্য ক্লিনিক ছাড়যুক্ত সেবা প্রদান করে থাকে। অধিক তথ্যের জন্য বা একটি আবেদনপত্র পেতে 203-863-3334 এ ফোন করুন।

5. **চিকিৎসাগতভাবে অসহায়।** যে সকল রোগী মানদণ্ড পূরণ করে না, কিন্তু যাদের চিকিৎসা বিল পরিবারের আয় বা সম্পদের একটি নির্দিষ্ট শতাংশের বেশি তাদের জন্যও আর্থিক সহায়তা বিবেচনা করা যেতে পারে।

## D. খরচের উপরে সীমা

যখন একজন রোগী এই নীতির অধীনে ছাড়যুক্ত সেবার জন্য যোগ্যতা অর্জন করেন, কিন্তু বিনামূল্যে যত্নের জন্য নয়, তখন রোগীর কাছ থেকে সাধারণভাবে বিল করা পরিমাণের (amount generally billed, “AGB”) চেয়ে বেশি চার্জ করা হবে না যাদের এই ধরনের সেবার জন্য বীমা আছে।

1. **কীভাবে নির্ধারণ করা হয়।** YNHHS ফেডারেল ট্যাক্স রেগুলেশনের অধীনে “লুক ব্যাক মেথড” ব্যবহার করে এবং Medicare-এর সুবিধাভোগী খরচ ভাগাভাগির পরিমাণ সহ Medicare ফি-ফর-সার্ভিস হারের উপর ভিত্তি করে প্রতিটি হাসপাতালের জন্য বাৎসরিক AGB গণনা করে এবং প্রতিটি হাসপাতালের সেবার জন্য পূর্বের অর্থবছরের জন্য এমন সমস্ত ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমাকারীর দাবি পরিশোধ করে। YNHHS হাসপাতাল দ্বারা শতাংশ ছাড় প্রয়োগ করতে পারে বা YNHHS রোগীদের জন্য সবচেয়ে অনুকূল শতাংশ ছাড় ব্যবহার করতে নির্বাচন করতে পারে। AGB ছাড় সংযুক্তি 1-এ দেখানো হয়েছে।

## E. আর্থিক সহায়তার আবেদন

1. **কীভাবে আবেদন করবেন।** আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করতে, আপনাকে অবশ্যই আর্থিক সহায়তার জন্য YNHHS আবেদনটি নিম্নে প্রদত্ত (“আবেদন”) ব্যতীত সম্পূর্ণ করতে হবে। আপনি একটি আবেদনপত্র পাবেন:

   a. অনলাইনে উপলব্ধ রয়েছে www.ynhhs.org/financialassistance YNHHS Hospital-এর’s website. ওয়েবসাইটে উপলভ্য রয়েছে।

   b. সরাসরি যে কোনো YNHHS হাসপাতালে বা রোগীর নিবন্ধনের এলাকাতে রোগী ভর্তি করা যাবে। আর্থিক সহায়তা সম্পর্কে চিহ্ন এবং লিখিত তথ্য প্রতিটি হাসপাতালের জরুরি বিভাগ এবং রোগীর নিবন্ধনের এলাকায় পাওয়া যাবে।

   c. মেইলের মাধ্যমে (855) 547-4584 নম্বরে কল করে এবং একটি বিনামূল্যের অনুলিপির অনুরোধ করে

2. **আবেদন।** আবেদনটি বর্ণনা করে (i) আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি এবং যোগ্যতার আবশ্যিক শর্ত, (ii) যোগ্যতা নির্ধারণে প্রয়োজনীয় নথিপত্র, এবং (iii) FAP সহায়তার জন্য যোগাযোগের তথ্য। আবেদনটি আরও ব্যখ্যা করে যে (i) হাসপাতালটি লিখিতভাবে প্রত্যেক আবেদনের উত্তর দেবে, (ii) যে কোনো সময়ে FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য রোগীরা পুনরায় আবেদন করতে পারেন, এবং (iii) প্রত্যেক বছর অতিরিক্ত বিনামূল্যের বিছানার তহবিল উপলব্ধ হবে। আবেদনের অংশ হিসেবে FAP বা আবেদনের প্রয়োজন নেই এমন তথ্য বা নথি প্রদানে ব্যর্থতার ভিত্তিতে হাসপাতালগুলি FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তা অস্বীকার করতে পারে না।

3. **FAP-যোগ্য রোগীরা।** YNHHS হাসপাতালগুলি যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় কাজ

করবে এবং প্রযোজ্য রোগীর অ্যাকাউন্টগুলিতে আর্থিক সহায়তার কোনরকম যোগ্যতা নির্ণয় করবে। হাসপাতাল যদি নির্ধারণ করে যে একজন রোগী FAP-এর যোগ্য, তবে হাসপাতালটি নিম্নলিখিত বিষয়ধাপগুলি মানবে:

a. FAP-এর যোগ্য রোগী হিসাবে একজন ব্যক্তিকে কত পরিমাণ অর্থ দিতে হবে - তার একটা বিলিং বিবৃতি দেবে, এর অন্তর্ভুক্ত হবে - কীভাবে পরিমাণটি নির্ধারিত হয়েছে এবং, উল্লেখ করবে বা বর্ণনা করবে যে সেবার জন্য কীভাবে ব্যক্তিটি AGB সম্পর্কিত তথ্য পাবেন;

b. FAP-এর যোগ্য ব্যক্তি হিসাবে একজন রোগী ব্যক্তিগতভাবে যে পরিমাণ অর্থ দিতে দায়বদ্ধ তার বেশি পরিমাণ অর্থ তাঁর প্রাপ্ত সেবার জন্য প্রদান করে থাকলে তা ফেরত দেবে, যদি না এই অতিরিক্ত পরিমাণ $5-এর কম হয়, অথবা IRS দ্বারা নির্ধারিত এমন কোন পরিমাণ হয়; এবং

c. আদায়ের একটি অস্বাভাবিক পদ্ধতিকে নাকচ করতে দরকারি পদক্ষেপ গ্রহণ করবে।

4. **অনুমানমূলক যোগ্যতা।** YNHHS এই নীতির অধীনে বিনামূল্যে বা ছাড়যুক্ত সেবার জন্য একজন রোগীর জীবন পরিস্থিতি সম্পর্কিত তথ্যের উপর ভিত্তি করে যা আর্থিক সহায়তা চাওয়া ব্যক্তি ব্যতীত অন্যান্য উৎস থেকে প্রাপ্ত তথ্যের ভিত্তিতে, নিম্নলিখিত বা অনুরূপ উত্সগুলি সহ যোগ্যতা নির্ধারণ করতে পারে:

a. প্রতিটি হাসপাতালের পক্ষ থেকে YNHHS একটি তৃতীয় পক্ষের স্ক্রীনিং টুল ব্যবহার করে স্ব-প্রদেয় ব্যালেন্স সহ ব্যক্তিদের সনাক্ত করতে সহায়তা করার জন্য, যারা আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করেননি, কিন্তু যাদের আয় ফেডারেল দারিদ্র্য স্তরের 250% এর কম বা সমান ( *অর্থাৎ,* তারাও বিনামূল্যে সেবার জন্য যোগ্য)। যদি এই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে একজন রোগীকে শনাক্ত করা হয় তবে হাসপাতালের বকেয়া ব্যালেন্স দাতব্য (বিনামূল্যে) সেবার সঙ্গে সমন্বয় করা যেতে পারে।

b. YNHHS ইয়েল ইউনিভার্সিটির সাথে অনুমোদিত এবং ইয়েল স্কুল অফ্‌মেডিসিনের একাডেমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র। হ্যাভেন ফ্রি ক্লিনিক সহ, নিম্ন আয়ের ব্যক্তিদের জন্য ইয়েল ইউনিভার্সিটির ছাত্র-চালিত প্রাথমিক সেবা ক্লিনিকে সেবা প্রাপ্ত বিমাহীন রোগীরা, আর্থিক সহায়তার আবেদন সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন ছাড়াই বিনামূল্যে বা ছাড়যুক্ত সেবার জন্য যোগ্য বলে পরিগণিত হতে পারেন। সেক্ষেত্রে, YNHHS-কে একটি আবেদনপত্রে সিনিয়র ভাইস প্রেসিডেন্ট, অর্থ-এর কাছে গ্রহণযোগ্য নিশ্চিতকরণ পেতে হবে, যে একজন ব্যক্তি এই ধরনের কোনো ক্লিনিকের রোগী।

c. এই নীতির অধীনে ব্যক্তি আবার দাতব্য সেবার জন্য যোগ্য কিনা তা অনুমানমূলকভাবে নির্ধারণ করতে YNHHS পূর্বের যোগ্যতা নির্ধারণ ব্যবহার করতে পারে।

## F. YNHHS সংগ্রহের অনুশীলনের সঙ্গে সম্পর্ক

একটি হাসপাতাল (এবং যে কোনো সংগ্রহকারী সংস্থা বা অন্য পক্ষ যার কাছে এটি ঋণ রেফার করেছে) সেবার জন্য প্রথম পোস্ট-ডিসচার্জ বিলিং স্টেটমেন্ট জারির 120 দিন পূর্বে এবং তার আগে কোনো অসাধারণ সংগ্রহের অ্যাকশনে (extraordinary collection action, "ECA") নিযুক্ত হবে না। এই FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য একজন রোগী বা স্ব-প্রদেয়-অ্যাকাউন্টের (দায়িত্বশীল ব্যক্তি(গুলি)) জন্য আর্থিক দায়বদ্ধতা আছে কিনা তা নির্ধারণ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা করা। যেকোনো ECA অবশ্যই সিনিয়র ভাইস প্রেসিডেন্ট, রেভিনিউ সাইকেল বা তাদের মনোনীত ব্যক্তিদের দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে যারা অনুমোদনের আগে নিশ্চিত করবেন যে এই FAP-তে যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টার প্রয়োজনীয়তা পূরণ করা হয়েছে।

হাসপাতাল অভ্যন্তরীণ অপারেশনাল প্রক্রিয়া এবং অনুশীলন অনুসারে তার A/R বিলিং চক্র অনুসরণ করবে। এই ধরনের প্রক্রিয়া এবং নিয়মের অংশ হিসাবে, হাসপাতাল, ন্যূনতমভাবে, রোগীদের তাঁদের সেবা প্রদানের তারিখ থেকে এবং A/R বিলিং সাইকেল ব্যাপী (অথবা আইন দ্বারা প্রয়োজনীয় সময়ের মধ্যে, যেটি বেশি সময় নেবে) FAP সম্পর্কে জানাবে:

1. হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার বা গ্রহণ প্রক্রিয়ার অংশ হিসাবে সমস্ত রোগীদের একটি সরল ভাষার সারাংশ এবং FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য একটি আবেদনপত্র দেওয়া হবে।

2. নিজ-প্রদত্ত অ্যাকাউন্ট আদায়ের জন্য কমপক্ষে তিনটি পৃথক বিবৃতি রোগীর এবং অন্য কোনো দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) এর সর্বশেষ পরিচিত ঠিকানায় মেল বা ইমেল করা হবে; তবে শর্ত থাকে যে, দায়িত্বশীল ব্যক্তিরা FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য একটি সম্পূর্ণ আবেদন জমা দেওয়ার পরে বা সম্পূর্ণ অর্থ প্রদান করার পরে, কোনও অতিরিক্ত বিবৃতি পাঠানোর প্রয়োজন নেই। প্রয়োজনীয় তিনটি মেল করার প্রথম এবং শেষের মধ্যে কমপক্ষে 60 দিন অতিবাহিত হবে। পরিষেবার সময় বা স্থানান্তরের সময়ে মেল করার একটি সঠিক ঠিকানা প্রদান করার ব্যাপারে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(রা) বাধ্য থাকবেন। যদি একটি অ্যাকাউন্টের একটি বৈধ ঠিকানা না থাকে, তাহলে "প্রাসঙ্গিক প্রচেষ্টা" নির্ধারণ করা হবে। নিজ-প্রদত্ত অ্যাকাউন্টের সমস্ত একক রোগীর অ্যাকাউন্টের বিবৃতিতে নিম্নলিখিত বিষয়গুলি অন্তর্ভুক্ত থাকবে, তবে এতে সীমাবদ্ধ থাকবে না:

    a. বিবৃতির দ্বারা বর্ণিত হাসপাতালের পরিষেবাগুলির একটি সঠিক সারাংশ;

    b. সেইসব পরিষেবাগুলির খরচ;

    c. দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) দ্বারা যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে হবে (অথবা, যদি এই পরিমাণটি জানা না থাকে, প্রাথমিক বিবৃতির তারিখের মতো এই পরিমাণের একটি সম্ভাব্য অনুমান); এবং

    d. একটি স্পষ্টভাবে লিখিত বিজ্ঞপ্তি যা FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার উপলব্ধতা সম্পর্কে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)কে জ্ঞাত করে এবং জানায়; যার মধ্যে বিভাগের

টেলিফোন নম্বর এবং সরাসরি ওয়েবসাইটের ঠিকানা যেখানে নথির কপিগুলি পাওয়া যেতে পারে – সে বিষয়ে তথ্য থাকে।

3. মেল করা বা ইমেল করা বিবৃতিগুলির মধ্যে অন্তত একটিতে লিখিত বিজ্ঞপ্তি অন্তর্ভুক্ত থাকবে যা দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) কে ECAগুলি সম্পর্কে জানায় যে পদক্ষেপগুলি, যদি দায়িত্বশীল ব্যক্তি(রা) FAP-এর অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন না করেন বা বিলিংয়ের সময়সীমার মধ্যে অর্থ প্রদান না করেন, তাহলে গ্রহণ করা হবে। বিবৃতিতে উল্লিখিত সময়সীমার অন্তত 30 দিন আগে এই ধরনের বিবৃতি অবশ্যই দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের) প্রদান করতে হবে। একটি সরল ভাষার সারাংশ এই বিবৃতির সাথে থাকবে। পরিষেবার সময় বা স্থানান্তরের সময়ে মেল করার একটি সঠিক ঠিকানা প্রদান করার ব্যাপারে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(রা) বাধ্য থাকবেন। যদি একটি অ্যাকাউন্টের একটি বৈধ ঠিকানা না থাকে, তাহলে "প্রাসঙ্গিক প্রচেষ্টা" নির্ধারণ করা হবে।

4. যে কোনো ECA শুরু করার আগে, অ্যাকাউন্টটি অপরিশোধিত থাকলে, বিবৃতিগুলি মেল করা বা ইমেল করার সময়ে অন্তত একবার, সর্বশেষ পরিচিত টেলিফোন নম্বরে টেলিফোনের মাধ্যমে দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)র সঙ্গে মৌখিকভাবে যোগাযোগ করার প্রচেষ্টা করা হবে। সমস্ত কথোপকথনের সময়, রোগী বা দায়িত্বশীল ব্যক্তি(দের)কে FAP-এর অধীনে উপলব্ধ সম্ভাব্য আর্থিক সহায়তা সম্পর্কে জানানো হবে।

5. এই নীতির বিধানগুলির সঙ্গে সম্মত থাকার সাপেক্ষে, একটি YNHHS হসপিটাল প্রদত্ত চিকিৎসা পরিষেবার অর্থ পেতে এই নীতির সংযোজন 2-এ তালিকাভুক্ত ECA নিতে পারে।

## G. নীতিমালার উপলব্ধতা

FAP-এর কপি, FAP এবং FAP অ্যাপ্লিকেশনের একটি সরল ভাষার সারসংক্ষেপ www.ynhhs.org/financialassistance -এ উপলব্ধ রয়েছে।।

প্রত্যেক হাসপাতাল অনুরোধের ভিত্তিতে, বিনামূল্যে, মেলের মাধ্যমে বা হাসপাতাল আপৎকালীন বিভাগের মাধ্যমে (Hospital Emergency Department) এবং ইংরেজি ও সীমিত ইংরেজি ভাষার দক্ষতা থাকা 1000 জনের কম বা 5% বা তার বেশি জনগণ, যাঁদের সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল পরিষেবা দিয়ে থাকে, তাঁদের প্রাথমিক ভাষায় FAP-এর কপি, FAP-এর সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদন উপলব্ধ করে। ভাষার একটি তালিকার জন্য সংযোজন 3 দেখুন।

কর্পোরেট ব্যবসা পরিষেবাকে টোল ফ্রি নম্বর (855) 547-4584-এ যোগাযোগ করুন এই বিষয়গুলি জানার জন্য – যোগ্যতা বা কর্মসূচি যা আপনার জন্য উপলব্ধ রয়েছে, FAP-এর কপি, FAP-এর সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদনপত্রের অনুরোধ করতে, বিলিং বা আদায়ের পদ্ধতি যা আপনাকে মেল করতে হবে, অথবা আপনার যদি FAP-এর কপি, সরল ভাষায় লেখা সারাংশ এবং FAP আবেদনপত্রের ইংরেজি ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় অনুবাদের দরকার থাকে। এর সঙ্গে, রোগীরা রোগীর রেজিস্ট্রেশন, রোগীর আর্থিক পরিষেবা এবং FAP আবেদনের প্রক্রিয়া শুরু করার সম্পর্কে সমাজমূলক কাজ/কেস পরিচালনার বিষয়ে জানতে পারেন।

FAP-কে ব্যাপক ভাবে প্রচার করার জন্য আরও প্রচেষ্টা, যেমন সাধারণ সার্কুলেশনে থাকা সংবাদপত্রে বিজ্ঞপ্তি ছাপানো; বিলিং বিবৃতিতে FAP-এর লিখিত বিজ্ঞপ্তি দেওয়া; কত পরিমাণ বকেয়া আছে সেই বিষয়ে রোগীকে জানানোর সময়ে FAP-এর বিজ্ঞপ্তি মৌখিক ভাবে বলা; এবং প্রদর্শনীর ও অন্যান্য তথ্যমূলক সভার ব্যবস্থা করা।

**H. স্টেট আইনের সঙ্গে সম্মতি**

প্রতিটি হাসপাতাল প্রাসঙ্গিক রাজ্যের আইন মেনে চলবে, যার মধ্যে কোন সীমাবদ্ধতা ছাড়াই, কানেকটিকাট জেনারেল স্ট্যাটিউটস গভর্নিং (Connecticut General Statutes governing) হাসপাতালগুলি থেকে বীমাবিহীন রোগীদের কাছ থেকে সংগ্রহ করা, রোড আইল্যান্ড *স্টেটওয়াইড স্ট্যান্ডার্ড ফর প্রোভিশন অফ চ্যারিটি কেয়ার* -এর জন্য রোড আইল্যান্ড ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ রুলস অ্যান্ড রেগুলেশন (Rhode Island Department of Health Rules and Regulations)-এর ধারা 11.3-এ উল্লিখিত। হাসপাতালের রূপান্তর সম্পর্কিত ("RI নীতিমালা") এবং RI প্রবিধানের ধারা 11.4-এ উল্লিখিত অপ্রয়োজনীয় সেবার বিধানের জন্য রাজ্যব্যাপী মানদণ্ড এবং নিউ ইয়র্ক সিভিল প্র্যাকটিস আইন NY স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের একজন ব্যক্তির প্রাথমিক সম্পত্তির উপর সম্পত্তির লেনদেন করা থেকে নিষেধ করে চিকিৎসা ঋণ সংগ্রহের জন্য বাসস্থানের ব্যবস্থা করে।

## তথ্যসূত্র

A. আভ্যন্তরীণ রাজস্ব আইন (Internal Revenue Code 501(c)(3)
B. আভ্যন্তরীণ রাজস্ব আইন (Internal Revenue Code 501(r)
C. Conn. Gen. Stat. § 19a-673 et seq.
D. RI আইন 11.3 এবং 11.4
E. NY সিভিল প্র্যাকটিস আইনের ধারা 5.201(b)

## সংশ্লিষ্ট নিয়মাবলী

বিলিং এবং সংগ্রহ
EMTALA: মেডিকেলের স্ক্রীনিং/স্থিতিশীলতা, অন-কল এবং স্থানান্তরের প্রয়োজনীয়তা

## সংযুক্তি

A. সংযুক্তি 1: যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য নির্দেশিকা (FPG) এবং আর্থিক সহায়তার জন্য স্তরভিত্তিক স্কেল
B. সংযুক্তি 2: আদায়ের অস্বাভাবিক পদ্ধতি
C. সংযুক্তি 3: ইংরেজিতে সীমিত দক্ষতার ভাষাসমূহ

## নীতিমালার ইতিহাস

| | |
|---|---|
| A. নীতিমালার শুরুর তারিখ | 09/20/2013; 01/01/2017 (LMH & WH) |
| B. সুপারসেডস | Yale New Haven Hospital -এর সেবার জন্য আর্থিক |

| | |
|---|---|
| | সহায়তা প্রোগ্রাম (NC:F-4);<br>Yale New Haven Hospital-এর নীতিমালা – বিনামূল্যে সেবার তহবিল বিতরণ NC:F-2;<br>হাসপাতাল পরিষেবার জন্য Bridgeport Hospital-এর আর্থিক সহায়তা কর্মসূচি (9-13);<br>হাসপাতাল পরিষেবার জন্য আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির Greenwich Hospital-এর সংক্ষিপ্ত বিবরণ;<br>Lawrence + Memorial Hospital এবং Westerly Hospital-এর চ্যারিটি কেয়ার, আর্থিক সহায়তা, বিনামূল্যে শয্যা তহবিল নীতি;<br>Greenwich Hospital Outpatient Center নিয়মাবলী এবং প্রক্রিয়া |
| C. পর্যালোচনা সহ অনুমোদন করা হয়েছে | 01/21//2015; 09/30/2016; 12/16/2016; 06/01/2017; 07/15/2018; 6/15/2020; 11/30/2023 |
| D. পর্যালোচনা ব্যতীত অনুমোদন করা হয়েছে | 01/19/2023 (সংযুক্তি 1-এর আপডেট); 01/24/2024 (সংযুক্তি 1-এর আপডেট) |

# সংযুক্তি 1

## যুক্তরাষ্ট্রীয় দারিদ্র্য নির্দেশিকা (FPG) এবং আর্থিক সহায়তার জন্য স্তরভিত্তিক স্কেল

মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র স্বাস্থ্য এবং মানবিক পরিষেবা বিভাগের (Department of Health and Human Services) দ্বারা FPG পরিমাণগুলি যুক্তরাষ্ট্রীয় রেজিস্টারে পর্যায়ক্রমে পরিবর্তন করা হয়। বর্তমান FPG পরিমাণ http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines এ উপলব্ধ রয়েছে

12 জানুয়ারী, 2024 পর্যন্ত, FPG এর পরিমাণ নিম্নরূপ ছিল। ***এই পরিমাণ পরিবর্তন সাপেক্ষে।*** এই নীতির অধীনে আর্থিক সহায়তার জন্য যোগ্য রোগীরা সমস্ত Yale New Haven Health Hospitals নিম্নোক্ত সহায়তা পাবেন:

| | FAP-এর নাম | বিনামূল্যের সেবা | স্লাইডিং স্কেল A | স্লাইডিং স্কেল B | স্লাইডিং স্কেল C | ছাড়যুক্ত সেবা |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | অধীনস্থ হওয়ার যোগ্যতা | বিমাযুক্ত অথবা বিমাহীন রোগী | বিমাযুক্ত রোগী | বিমাযুক্ত রোগী | বিমাযুক্ত রোগী | বিমাহীন রোগী |
| | FAP ছাড় | 100% | 35% | 25% | 15% | 72% |
| | মোট আয়ের যোগ্যতা | 0% - 250% FPL | 251% - 350% FPL | 351% - 450% FPL | 451% - 550% FPL | 251% - 550% FPL |
| পরিবারের সদস্য সংখ্যা | 1 | $0 - $37 650 | $37,651 - $52,710 | $52,711 - $67,770 | $67,771 - $82,830 | $37,651 - $82,830 |
| | 2 | $0 - $51,100 | $51,101 - $71,540 | $71,541 - $91,980 | $91,981 - $112,420 | $51,101 - $112,420 |
| | 3 | $0 - $64,550 | $64,551 - $90,370 | $90,371 - $116,190 | $116,191 - $142,010 | $64,551 - $142,010 |
| | 4 | $0 - $78,000 | $78,001 - $109,200 | $109,201 - $140,400 | $140,401 - $171,600 | $78,001 - $171,600 |
| | 5 | $0 - $91,450 | $91,451 - $128,030 | $128,031 - $164,610 | $164,611 - $201,190 | $91,451 - $201,190 |

AGB শতকরা বার্ষিক হিসাবে গণনা করা হয়। হাসপাতাল প্রতি 2024 সালের বাৎসরিক AGB (চার্জের %): BH 31.25%, GH 32.48%, LMH 36.15%, YNHH 34.36% and WH 27.63%. তদনুসারে, 2024-এর জন্য এই নীতির অধীনে ছাড়যুক্ত সেবার জন্য যোগ্য YNHHS রোগীদের জন্য সবচেয়ে অনুকূল শতাংশ ছাড়ের মোট চার্জের 28% এর বেশি দিতে হবে না।

# সংযুক্তি 2

## আদায়ের অস্বাভাবিক পদ্ধতি

### সম্পত্তির পূর্বস্বত্ত্ব

ব্যক্তিগত বাসস্থানের উপরে পূর্বস্বত্বে অনুমতি থাকবে তখনই যখন:

a) যদি রোগী বিনামূল্যে বিছানার তহবিলের জন্য আবেদন করার সুযোগ পেয়ে থাকেন এবং হয় তিনি উত্তর দিতে ব্যর্থ হয়েছেন, প্রত্যাখান করেছেন, অথবা এমন তহবিলের জন্য অযোগ্য হিসাবে পরিগণিত হয়েছেন;

b) রোগী তার ঋণ পরিশোধে সহায়তা করার জন্য হাসপাতালের আর্থিক সহায়তা নীতির অধীনে অন্য আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন করেননি বা যোগ্যতা অর্জন করেননি, অথবা আংশিকভাবে যোগ্য হয়েছেন, কিন্তু তার দায়িত্বপূর্ণ অংশ পরিশোধ করেননি;

c) রোগী কোনো অর্থপ্রদানের ব্যবস্থা করার চেষ্টা করেনি বা সম্মতি দেয়নি, অথবা পেমেন্টের ব্যবস্থা মেনে চলছে না যা হাসপাতাল এবং রোগীর দ্বারা সম্মত হয়েছে;

d) মোট অ্যাকাউন্ট ব্যালেন্সের পরিমাণ $10,000 এর বেশি এবং সম্পত্তি(গুলি) লিয়েনের সাপেক্ষে করা হবে কমপক্ষে $300,000 মূল্যায়ন করা হয়; এবং

e) পূর্বস্বত্ত্বের ফলে ব্যক্তিগত বাসস্থানের বন্ধক-সম্পর্কিত অধিগ্রহণ হবে না।

f) নিউইয়র্ক-এর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের জন্য, ব্যক্তিগত বাসস্থানের অধিকারীকরণ অনুমোদিত নয়।

# সংযুক্তি 3

## ইংরেজিতে সীমিত দক্ষতার ভাষাসমূহ

| |
|---|
| অ্যালবেনিয়ান |
| আরবীয় |
| বাংলা |
| সরলীকৃত চাইনিজ |
| ঐতিহ্যবাহী চাইনিজ |
| পার্সিয়ান দারি |
| পার্সিয়ান ফারসি |
| ফরাসি |
| গ্রিক |
| গুজরাটি |
| হাইতির ক্রিওল |
| হিন্দি |
| ইতালীয় |
| কোরীয় |
| পাশতু |
| পোলিশ |
| ব্রাজিলিয়ান পোর্তুগিজ |
| ইউরোপীয় পোর্তুগিজ |
| রুশ |
| স্পেনীয় |
| তাগালোগ |
| তুর্কি |
| ইউক্রেনীয় |
| পাকিস্তানের উর্দু |
| ভিয়েতনামীয় |