

ক্লায়েন্টের নাম: \_\_\_\_\_ ফোন: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

বাড়ির ঠিকানা: \_\_\_\_\_

অর্থপ্রদানের জন্য দায়বদ্ধ ব্যক্তির নাম: \_\_\_\_\_ ক্লায়েন্টের সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

বাণিজ্যিক বীমার জন্য, সহায়ক পরিষেবাগুলির জন্য \$60 এর একটি নির্দিষ্ট হারে চার্জ করা হবে।  
যারা স্লাইডিং স্কেল ফি পাওয়ার যোগ্য, তাদের জন্য ফি সময়সূচী দেখুন।

## সহায়ক পরিষেবা (SUPPORTIVE SERVICES) উপলভ্য যখন বীমার মধ্যে ধার্য করা অর্থ আওতাভুক্ত করা হয় না

পরিষেবা	পরিমাণ (\$)
প্রাথমিক যত্ন	
পিয়র পরিষেবা	
পিআরএস (PRS)	
টিসিএম (TCM)	
এসবিআইআরটি (SBIRT)	
ধূমপান ত্যাগ	
আইএম (IM) পরিষেবা	

The Child Center of NY অনেক বিমাই গ্রহণ করে, এর মধ্যে Medicaid-ও রয়েছে। কয়েকটি বিমার সমস্ত পরিষেবা আওতাভুক্ত নাও হতে পারে।

কমার্শিয়াল বিমা /Medicare/Tricare/CHP/এসেমিয়াল প্ল্যান এর ক্ষেত্রে – এই প্ল্যানগুলোর অধিকারী ক্লায়েন্টরা সেইসকল নিয়মিত পরিষেবার জন্য বিল পরিশোধ করতে প্রস্তুত থাকবেন যা এই প্ল্যানটি আওতাভুক্ত করে।

এইসমস্ত অতিরিক্ত পরিষেবা প্রদান করার সময় ক্লায়েন্টদের জানানো হবে।

আমি The Child Center of NY-এর ক্লায়েন্ট পেমেন্ট নীতি পড়েছি এবং সেটি মেনে চলার জন্য সম্মত হচ্ছি। যদি না আমি বা আমার সন্তান স্বাস্থ্যসেবা সুবিধার জন্য যোগ্য প্রতিপন্ন হই এবং প্রতিটি সাক্ষাতের জন্য আওতাভুক্ত থাকি, তাহলে আমি উপরের হারে আমাকে বা আমার সন্তানকে প্রদত্ত পরিষেবার জন্য The Child Center of NY-কে অর্থ প্রদান করতে সম্মত হই।

আবেদনকারী বা দায়বদ্ধ পক্ষের স্বাক্ষর

মুদ্রিত হরফে নাম লিখুন

তারিখ

প্রোগ্রাম প্রতিনিধির স্বাক্ষর

মুদ্রিত হরফে নাম লিখুন

তারিখ

12/2025

