

# স্লাইডিং স্কেল ফি

## আবেদন এবং ফি সংক্রান্ত চুক্তি 2025/12



ক্লায়েন্টের নাম: \_\_\_\_\_ ফোন: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_  
বাড়ির ঠিকানা: \_\_\_\_\_ বিল করার ঠিকানা: \_\_\_\_\_  
অর্থপ্রদানের জন্য দায়বদ্ধ ব্যক্তির নাম: \_\_\_\_\_ ক্লায়েন্টের সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_  
আপনি কি Medicaid-এর জন্য আবেদন করেছেন? হ্যাঁ ☐ না ☐ যদি উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে তার ফলাফল কী ছিল? \_\_\_\_\_

আয়ের উৎস				
উৎস	পরিমাণ (\$)	সাপ্তাহিক	দ্বি-সাপ্তাহিক	বার্ষিক
বেতন (নিজের)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বেতনসমূহ (স্বামী/স্ত্রী বা অন্য ব্যক্তি)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
কর্মীর ক্ষতিপূরণ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
সোশ্যাল সিকিউরিটি (শিশুদের)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
শিশু সহায়তা (Child Support) / খোরপোস		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
সামরিক ভাতা		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বেকার		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
অন্যান্য		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
মোট আয়		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

পরিবারের সদস্য		
নাম	বয়স	সম্পর্ক
পরিবারের সদস্যদের মোট সংখ্যা		

প্রদত্ত আয়ের প্রমাণপত্র	
প্রদত্ত প্রতিটি নথির পাশের বক্সে দমা করে টিকচিহ্ন দিন:	
<input type="checkbox"/> ফেডারেল আয়কর ফর্ম	<input type="checkbox"/> নগদ বেতনের জন্য নিয়োগকর্তার চিঠি
<input type="checkbox"/> গত দুটি (2) বেতনের রসিদ	<input type="checkbox"/> শিশুর CHP আইডি
<input type="checkbox"/> বর্তমান ব্যাংক স্টেটমেন্ট	<input type="checkbox"/> সহায়ক কেয়ারগিভারের থেকে চিঠি
<input type="checkbox"/> সোশ্যাল সিকিউরিটির থেকে প্রিন্টআউট	<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত প্রত্যয়ন
<input type="checkbox"/> সহায়তার জন্য আদালতের আদেশ	

পরবর্তী পৃষ্ঠার চার্টটি ব্যবহার করে, স্লাইডিং স্কেল ফি হল:

স্বতন্ত্র সাক্ষাৎ প্রতি, \_\_\_\_\_ দলগত সাক্ষাৎ প্রতি

The Child Center of NY, Medicaid সহ অনেক বিমাই গ্রহণ করে এবং বিমাইন ব্যক্তিদের ছাড়প্রাপ্ত হার প্রদান করে যা সকলের জন্য সমান এবং ন্যায্যভাবে প্রযোজ্য এবং ফেডারেল দারিদ্র সীমা, পরিবারের আকার এবং ফেডারেল নির্দেশিকার 200% নিচে নথিভুক্ত আয়ের উপর নির্ভরশীল। আমি ঘোষণা করছি যে এই আবেদনপত্রে আমার প্রদান করা তথ্য সত্য এবং সঠিক এবং আমি স্লাইডিং স্কেল ফি সংক্রান্ত চার্ট পড়েছি ও সেটির বিষয়বস্তু বুঝেছি। আমি এই মর্মে সম্মত হচ্ছি যে এই প্রদত্ত তথ্যে কোনো পরিবর্তন হলে সেই পরিবর্তন হওয়ার এক মাসের মধ্যে সে সম্পর্কে আমায় The Child Center of NY-কে জানাতে হবে এবং যোগ্যতা বজায় রাখার জন্য আমাকে প্রতিবছর পুনরায় যোগ্যতা অর্জন করতে হবে। আমি এই বিষয়ে অবহিত যে স্লাইডিং স্কেল ফিগুলো ফেডারেল দারিদ্র নির্দেশিকার উপর নির্ভরশীল এবং The Child Center of NY-কে সমস্ত আবেদনকারীর জন্যই তা মেনে চলতে হবে। আমি যোগ্য হলে Medicaid-এ আবেদন করার এবং আমার স্লাইডিং স্কেল ফি হারানোর ঝুঁকি বিষয়ে সম্মত হচ্ছি। আমি বুঝেছি এবং সম্মত হচ্ছি যে পরিষেবা গ্রহণের সময়ই সমস্ত ফি এবং বকেয়া এবং প্রদেয় হয় এবং আয় যাচাইকরণের নথি প্রদানে ব্যর্থতা অথবা স্লাইডিং স্কেল ফি প্রদানে ব্যর্থতার ফলে প্রোগ্রাম থেকে অব্যাহতি দেওয়া 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

# স্লাইডিং স্কেল ফি

চার্ট 2025/12



পরিবারের আকার (অজাত শিশু সহ)	পরিমাপ করা আয়ের সময়কর্তা মো	1	2	3	4	5
		ফেডারেল দারিদ্র সীমার 0% - 100%	ফেডারেল দারিদ্র সীমার 101% - 133%	ফেডারেল দারিদ্র সীমার 134% - 166%	ফেডারেল দারিদ্র সীমার 167% - 200%	ফেডারেল দারিদ্র সীমার 200% এর বেশি
1	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$15,650 \$0 - \$602	\$15,651 - \$20,815 \$603 - \$801	\$20,816 - \$25,979 \$802 - \$999	\$25,980 - \$31,300 \$1,000 - \$1,204	\$31,301 + \$1,205 +
2	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$21,150 \$0 - \$813	\$21,151 - \$28,130 \$814 - \$1,082	\$28,131 - \$35,109 \$1,083 - \$1,350	\$35,110 - \$42,300 \$1,351 - \$1,627	\$42,301 + \$1,628 +
3	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$26,650 \$0 - \$1,025	\$26,651 - \$35,445 \$1,026 - \$1,363	\$35,446 - \$44,239 \$1,364 - \$1,702	\$44,240 - \$53,300 \$1,703 - \$2,050	\$53,301 + \$2,051 +
4	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$32,150 \$0 - \$1,237	\$32,151 - \$42,760 \$1,238 - \$1,645	\$42,761 - \$53,369 \$1,646 - \$2,053	\$53,370 - \$64,300 \$2,054 - \$2,473	\$64,301 + \$2,474 +
5	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$37,650 \$0 - \$1,448	\$37,651 - \$50,075 \$1,449 - \$1,926	\$50,076 - \$62,499 \$1,927 - \$2,404	\$62,500 - \$75,300 \$2,405 - \$2,896	\$75,301 + \$2,897 +
6	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$43,150 \$0 - \$1,660	\$43,151 - \$57,390 \$1,661 - \$2,207	\$57,391 - \$71,629 \$2,208 - \$2,755	\$71,630 - \$86,300 \$2,756 - \$3,319	\$86,301 + \$3,320 +
7	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$48,650 \$0 - \$1,871	\$48,651 - \$64,705 \$1,872 - \$2,489	\$64,706 - \$80,759 \$2,490 - \$3,106	\$80,760 - \$97,300 \$3,107 - \$3,742	\$97,301 + \$3,743 +
8	বার্ষিক দ্বি-সাপ্তাহিক	\$0 - \$54,150 \$0 - \$2,083	\$54,151 - \$72,020 \$2,084 - \$2,770	\$72,021 - \$89,889 \$2,771 - \$3,457	\$89,890 - \$108,300 \$3,458 - \$4,165	\$108,301 + \$4,166 +
স্লাইডিং স্কেল ফি		\$0	\$30	\$45	\$60	থেরাপি সেশন – \$150
গ্রুপ ফি		\$0	\$12	\$18	\$24	\$60
সহায়ক পরিষেবা শুধুমাত্র CCBHC এর জন্য		\$0	\$12	\$18	\$24	\$60
কেবলমাত্র মূল্যায়ন		\$205 – স্লাইডিং স্কেল ফি এর যোগ্য নয় (DMV, আদালতের রেফার করা, DA রেফার করা, আইনজীবীর রেফার করা এবং অবশ্যই পরিষেবা সরবরাহের আগে সংগ্রহ করতে হবে)				
পরিষেবা প্রদানের সময়ই সমস্ত ফি বকেয়া থাকে এবং গ্রহণযোগ্য পেমেন্টের প্রকার হল নগদ, ক্রেডিট/ডেবিট কার্ড বা মানি অর্ডার। কোনো ব্যক্তিগত চেক গ্রহণ করা হয় না।						



Cohen Family Wellness Center  
43-08 52nd Street, Second Floor  
Woodside, NY 11377  
ফোন: 718-458-4243  
ফ্যাক্স: 718-458-4481

Jamaica Family Wellness Center  
163-18 Jamaica Ave, 2nd Floor  
Jamaica, NY 11432  
ফোন: 718-297-8000  
ফ্যাক্স: 347-571-2448

Macari Family Wellness Center  
140-15B Sanford Ave, 2nd Floor  
Flushing, NY 11355  
ফোন: 718-358-8288  
ফ্যাক্স: 718-358-5265