

সুবিধা পাবার যোগ্যতা সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী

A. ব্যক্তিটি সম্পর্কে তথ্য			
জন্মের সময় পুরো নাম	জন্মতারিখ	সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার	
জন্মস্থান (সিটি, স্টেট এবং ব্যক্তির জন্ম সার্টিফিকেটের একটি কপি সংযুক্ত করুন)			মার্কিন ভেটেরান? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
বৈবাহিক অবস্থা	জীবনসঙ্গীর নাম	বিবাহ/বিচ্ছেদের তারিখ এবং স্থান	
মার্কিন নাগরিক <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি না, অনুগ্রহ করে ব্যক্তির A-নম্বর, প্রবেশের তারিখ এবং যে বন্দর থেকে প্রবেশ করেছেন তার প্রমাণ সংযুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে কোনও কর্মসংস্থান কর্তৃপক্ষের অনুমোদন বা স্থায়ী বাসিন্দা হবার কার্ড বা ব্যক্তির বর্তমান অভিবাসন স্থিতি ব্যাখ্যা করে এমন অন্য কোনও নথির উভয় পৃষ্ঠার একটি কপি সংযুক্ত করুন।			
সেই ব্যক্তির জন্য কি আদালত-নিযুক্ত আইনী অভিভাবক, বিকল্প বা স্ট্যান্ডবাই অভিভাবক, সংরক্ষক বা কমিটি রয়েছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ, নাম এবং ঠিকানা দিন (আইনী নথিপত্রের কপি সংযুক্ত করুন):			
যদি ব্যক্তির বয়স 21 বছরের কম হয় তাহলে কি তিনি তার পিতামাতার সাথে বসবাস করেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
ব্যক্তিটির কি Medicaid আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ: ক্লায়েন্ট আইডেন্টিফিকেশন নাম্বার (CIN): _____ অনুমোদনের তারিখ: _____ যদি না: Medicaid আবেদন দায়ের করা হয়েছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ, নিম্নলিখিতগুলি পূরণ করুন: আবেদনের তারিখ: _____ প্রত্যাহ্যনের তারিখ: _____ প্রত্যাহ্যন করার কারণ: _____			
ব্যক্তিটি কি HCBS ওয়েভারের তালিকাভুক্ত? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না তালিকাভুক্তির তারিখ: _____ যদি না: এই ব্যক্তির জন্য কি কোনও HCBS ওয়েভারের আবেদন দায়ের করা হয়েছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না আবেদন করার তারিখ: _____ প্রত্যাহ্যনের তারিখ: _____ প্রত্যাহ্যন করার কারণ: _____			
ব্যক্তিটি কোন পরিষেবাগুলি গ্রহণ/অনুরোধ করছেন? সমস্ত এজেন্সির সরবরাহ করা সমস্ত পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত করুন:			
B. ব্যক্তিটির আয় সম্পর্কে তথ্য			
ব্যক্তিটি কি কোনও উৎস থেকে আয় করেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ, গত 3 মাসে প্রাপ্ত আয়ের সমস্ত উৎস সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি পূরণ করুন:			
আয়ের উৎস	অর্থ গ্রহণকারী কে?	ক্লেইম নাম্বার	মাসিক পরিমাণ
সোশ্যাল সিকিউরিটি			\$
সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম (SSI)			\$
অন্যান্য সুবিধা			\$
			\$
সেই ব্যক্তিটি কি কখনও কমনিয়ুক্ত ছিলেন বা তিনি কি মজুরি পেয়েছিলেন (ওয়ার্কশপ থেকে প্রাপ্ত মজুরি সহ)? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ, ব্যক্তিটি কি বর্তমানে কর্মরত? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ, বর্তমান নিয়োগকর্তা(গণ), অন্যান্য নিয়োগকর্তা এবং গত 3 মাসের মাসিক মোট মজুরি সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি পূরণ করুন।			
নিয়োগকর্তা(গণ)	ঠিকানা	মোট মজুরি	

C. ব্যক্তিটির সম্পত্তি সম্পর্কে তথ্য

নিম্নলিখিত প্রশ্নের উত্তর কেবল তখনই দিন যদি এমন হয় ব্যক্তিটি ভবিষ্যতে কোনও ICF-এ বসবাস করবেন:

ব্যক্তিটি কি গত 60 মাসে কোনও নগদ অর্থ, রিয়েল এস্টেট বা অন্যান্য সম্পত্তি(গুলি) বিক্রি করেছেন, দিয়েছেন বা স্থানান্তরিত করেছেন?

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, সম্পদের ধরন, মূল্য, সম্পদটি কার কাছে বিক্রি করা/দেওয়া/স্থানান্তরিত হয়েছিল, লেনদেনের তারিখ এবং যে পরিমাণ অর্থের বিনিময়ে সম্পত্তিটি বিক্রি করা হয়েছিল সেই তথ্য সহ বিস্তারিত বিবরণ থাকা একটি শীট সংযুক্ত করুন।

ব্যক্তিটি কি কোনও ট্রাস্টে কোনও সম্পত্তি(গুলি) রেখেছেন বা ব্যক্তিটির সুবিধার জন্য প্রতিষ্ঠিত ট্রাস্ট থেকে কোনও অর্থপ্রদান করা হয়েছে কি?

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, ট্রাস্টের নথির একটি কপি বা অর্থের উৎস, ট্রাস্টের নাম, ট্রাস্টের অবস্থান, অ্যাকাউন্ট নাম্বার এবং ট্রাস্টের মূল্য সহ ট্রাস্ট সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ সহ একটি শীট সংযুক্ত করুন।

ব্যক্তিটির কি কোনও ব্যাংক অ্যাকাউন্ট, ফ্রেডিট ইউনিয়ন অ্যাকাউন্ট, আমানতের সার্টিফিকেট, বার্ষিকী, 401(k), অন্যান্য অবসরকালীন অ্যাকাউন্ট, স্টক, বন্ড, সিকিউরিটি বা স্থাবর সম্পত্তিতে স্বার্থ রয়েছে?

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, কপি সংযুক্ত করুন (অতিরিক্ত সম্পত্তি বা তার বিবরণের জন্য প্রয়োজনে একটি শীট সংযুক্ত করুন):

	সম্পত্তি 1	সম্পত্তি 2
সম্পত্তির ধরন		
ব্যাংক স্টেটমেন্ট বা হোল্ডিং রেকর্ড গ্রহণকারী ব্যক্তির নাম		
সম্পত্তির বর্তমান মূল্য		

ব্যক্তিটির জন্য কি কোনও দাফন তহবিল রয়েছে? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ, সাম্প্রতিকতম স্টেটমেন্টের একটি কপি সংযুক্ত করুন।

ব্যক্তিটির কি কোনও প্রি-নিডেড শেষকৃত্য চুক্তি, একটি সমাধি দেবার ট্রাস্ট, একটি কবরস্থানের প্লট বা অন্যান্য কবরস্থান সামগ্রী রয়েছে?

হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ, বিস্তারিত বিবরণ সরবরাহ করুন (চুক্তির একটি কপি সংযুক্ত করুন):

D. ব্যক্তিটির জন্য ভবিষ্যতের আয় বা সম্পত্তি

উত্তরাধিকার, মামলা নিষ্পত্তি, ট্রাস্ট ফান্ড বা অন্যান্য সম্পদে কি ব্যক্তিটির কোনও স্বার্থ, সম্ভাব্য স্বার্থ বা তার প্রত্যাশা রয়েছে?

হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, নীচের সম্পদটি বর্ণনা করুন (বিস্তারিত বিবরণ সহ একটি শীট সংযুক্ত করুন):

E. ব্যক্তিটির জীবন বীমা সম্পর্কে তথ্য

ব্যক্তিটির জন্য কি জীবন বীমা আছে? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ, নিম্নলিখিত তথ্যগুলি সম্পূর্ণ করুন (পলিসিটির একটি কপি সংযুক্ত করুন):

বীমা কোম্পানির নাম ও ঠিকানা

পলিসি নাম্বার(গুলি)

ফেস ভ্যালু \$

পলিসিধারী ব্যক্তিটির নাম ও ঠিকানা

F. ব্যক্তিটির স্বাস্থ্য বীমা সম্পর্কে তথ্য

ব্যক্তিটির কি Medicare আছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	কার্যকর হওয়ার তারিখ:	ক্লেইম নাম্বার
পার্ট A হাসপাতাল বীমা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		
পার্ট B মেডিক্যাল বীমা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		
পার্ট D প্রেসক্রিপশন ড্রাগ প্ল্যান	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		
মেডিকেয়ার অ্যাডভান্টেজ প্ল্যান	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		

মেডিকেয়ার অ্যাডভান্টেজ প্ল্যানের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নাম্বার

ব্যক্তিটিকে কি অন্য স্বাস্থ্য বীমা কভার করছে? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ, অনুগ্রহ করে বীমা সার্টিফিকেট, পলিসি, পুস্তিকা বা কার্ডের (সামনের ও পিছনের পৃষ্ঠার) একটি কপি সংযুক্ত করুন এবং নিম্নলিখিত তথ্যগুলি পূরণ করুন:

বীমা কোম্পানির নাম ও ঠিকানা

পলিসি নাম্বার

গ্রুপ নাম্বার

অন্যান্য সনাক্তকারক

কভার করার কার্যকর তারিখ

গ্রাহকের নাম

গ্রুপ/নিয়োগকর্তার নাম ও ঠিকানা

G. ব্যক্তির পিতামাতা এবং জীবনসঙ্গী সম্পর্কে সনাক্তকরণ তথ্য

	পিতামাতা 1	পিতামাতা 2	জীবনসঙ্গী
জন্মের সময় পুরো নাম/আদি নাম			
জন্মতারিখ			
জন্মস্থান (সিটি, স্টেট)			
সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার			
মার্কিন নাগরিক	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
মার্কিন ভেটেরান? যদি হ্যাঁ, সরবরাহ করুন:	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
ক্রমিক নাম্বার			
ক্রেইম নাম্বার			
ডিসেবিলিটি/রিটায়ারমেন্ট বেনিফিট গ্রহণ করছেন	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
প্রতিবন্ধিতা/অবসর গ্রহণের তারিখ			
মৃত্যুর তারিখ এবং স্থান, যদি প্রযোজ্য হয়			

H. ব্যক্তিটির আর্থিক প্রতিনিধি

অন্য কোনও ব্যক্তি(গণ) কি আছেন যার কাছে ব্যক্তিটির সম্পর্কে আর্থিক তথ্য রয়েছে? হ্যাঁ না
হ্যাঁ, নিম্নলিখিত তথ্য সরবরাহ করুন (প্রয়োজনে একটি শীট সংযুক্ত করুন):

নাম	ঠিকানা এবং ফোন নাম্বার	সম্পর্ক

I. প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞানের সর্বোত্তম বিশ্বাস মতে সঠিক

ফরম পূরণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর	নাম লিখুন	
ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক	তারিখ	বাসার ফোন
সেল ফোন	কর্মস্থলের ফোন	ইমেইল