

6

এক্সপান্ডেড ইন-হোম সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (EISEP) বা কমিউনিটি

সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (CSE)

গ্রাহক চুক্তি

গ্রাহকের নাম(সমূহ): \_\_\_\_\_

EISEP প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান: \_\_\_\_\_

এরিয়া এজেন্সি অন এজিং: \_\_\_\_\_

চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমা: \_\_\_\_\_ প্রতি \_\_\_\_\_

**A. চুক্তি – কোনো ভাগকৃত খরচ নেই**

□ এই  
বিভাগটি  
চুক্তির অংশ  
হলে  
বক্সটিতে  
টিক দিন

আমি জানি যে, আমার দেওয়া তথ্যের ভিত্তিতে চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমার জন্য বয়স্কদের জন্য কমিউনিটি সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (CSE) প্রোগ্রামের আওতায় এক্সপান্ডেড ইন-হোম সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (EISEP) বা EISEP-এর মত সেবা গ্রহণের জন্য আমার কোনো ফি প্রদান করার প্রয়োজন নেই।

**B. চুক্তি – ভাগকৃত খরচ**

□ এই  
বিভাগটি  
চুক্তির অংশ  
হলে  
বক্সটিতে  
টিক দিন।

EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে গৃহীত বিভিন্ন সেবা, পণ্যদ্রব্য, সামগ্রীর জন্য ফি এই চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমাতে এবং/বা প্রদানের জন্য আমি সম্মত। এক মাসে আমি যে সেবা বা \$ \_\_\_\_\_ পাই তার মধ্যে যেটা কম, এই ফি মোট সেবা মূল্যের \_\_\_\_% এর বেশী হবে না। এতে মামলা দায়ের করার খরচ অন্তর্ভুক্ত নেই, যা সম্পূর্ণ বিনামূল্যে পাওয়া যায়।

EISEP এবং/বা CSE এর নিকট আমি যে সেবা, পণ্য এবং/বা দ্রব্যাদি পাওয়ার আশা রাখি তার উপর ভিত্তি করে প্রতি মাসে আমাকে যে ফি প্রদান করতে হবে তার পরিমাণ আনুমানিক \$ \_\_\_\_\_। তবে, আমি প্রকৃতপক্ষে যে সেবা গ্রহণ করি না বা আমার ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের পূর্বে আমি যে সেবা গ্রহণ করেছিলাম তার জন্য আমাকে কোন ফি প্রদান করতে হবে না।

আমি এটা বুঝতে পেরেছি যে \_\_\_\_\_ ইউনিট সেবা আমি বাড়িতে, \_\_\_\_\_ ইউনিট অপ্রাতিষ্ঠানিকভাবে শান্তি স্থগিতের জন্য এবং \_\_\_\_\_ ইউনিট আনুষঙ্গিক সেবা ভোগ করতে পারব।

### C. চুক্তি - সম্ভাব্য মেডিকএইড গ্রাহকদের জন্য ভাগকৃত খরচ

□ এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে বক্সটিতে টিক দিন।

আমি জানি যে আমি মেডিকএইড পাওয়ার জন্য উপযুক্ত এবং সাথে এটিও জানি যে আমাকে অবশ্যই মেডিকএইডের জন্য আবেদন করতে হবে। মেডিকএইড পাওয়ার জন্য আবেদন এবং নির্ধারণ করার সময়ে, আমার অনুরোধ করি যে আমার কেয়ার প্ল্যান অনুসারে EISEP এবং/ বা CSE সেবাসমূহ প্রদান করা অব্যাহত থাকে।

মেডিকএইড পাওয়ার যোগ্যতা যখন নির্ধারণ করা হয়ে যাবে, আমি জানি যে তখন হতে এ সকল সেবা পাবার জন্য আমাকে প্রতি মাসে এই চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমার জন্য \$\_\_\_\_\_ খরচ প্রদান করতে হবে। তবে, আমি প্রকৃতপক্ষে যে সেবা গ্রহণ করি না বা আমার ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের পূর্বে আমি যে সেবা গ্রহণ করেছিলাম তার জন্য আমাকে কোন ফি প্রদান করতে হবে না। আমি জানি যে আমি যদি মেডিকএইড পাওয়ার উপযুক্ত হই তাহলে একই ধরনের বাসায় সেবা মেডিকএইড প্রদান করবে। যে সময় থেকে মেডিকএইডের অধীনে আমি বাসায় সেবা পাওয়া শুরু করব, আমি জানি যে, EISEP/CSE এর অধীনে আমাকে আর বাড়িতে চিকিৎসা সেবা পাবার ভাগকৃত খরচ প্রদান করতে হবে না এবং এই চুক্তির মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে। যে সময়ে আমি EISEP/CSE সেবাসমূহ এবং সহায়তা পেতে শুরু করব এবং যে সমস্ত সেবা মেডিকএইডের আওতার বহির্ভূত হয়ে পড়ে, আমি EISEP/CSE এর সেবা পাবার জন্য পুনরায় আবেদন করতে পারি এবং আমার আয়, গৃহস্থলীর খরচ এবং জীবন ধারণের উপর ভিত্তি করে একটা নতুন চুক্তি তৈরি করা যেতে পারে। যদি প্রয়োজন হয় তাহলে এই নতুন চুক্তির মধ্যে এই চুক্তির সময় অনুসারে খরচ বহন সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা যেতে পারে।

### D. চুক্তি- পূর্ণ খরচ প্রদান, কোনো অর্থনৈতিক তথ্য নয়

□ এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে বক্সটিতে টিক দিন।

এই ফরমের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করতে আমি অস্বীকৃতি জানাচ্ছি। আমার মনে হয় যে Medicaid এর অধীনে গৃহভিত্তিক সেবা পেতে বা মামলার খরচ পেতে বা অন্য কোন সরকারি সেবা পেতে আমার আয় এবং সম্পদ আমাকে অনুপযুক্ত করে দেয়। আমি জানি যে, প্রত্যাখ্যানের মাধ্যমে, আমি EISEP এবং/ বা CSE এর অধীনে ভাগকৃত খরচের সহায়তা পাবার অনুপযুক্ত হয়ে যাব। এই চুক্তি অনুসারে আমি আমার উপযুক্ত সেবা নিতে এবং চুক্তি নির্ধারিত সময় সীমার জন্য সেবার পূর্ণ খরচ, যা প্রতি মাসে \$\_\_\_\_\_ তা প্রদান করার সিদ্ধান্ত নিচ্ছি। তবে, আমি যে সেবা গ্রহণ করি নাই বা আমার ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের পূর্বে আমি যে সেবা গ্রহণ করেছিলাম তার জন্য আমাকে কোন ফি প্রদান করতে হবে না।

আমি জানি যে এই ফরমে যে সকল তথ্য চাওয়া হয়েছে তা প্রদানের ক্ষেত্রে, আমাকে যে ফি প্রদান করতে হবে তা পুনঃনির্ধারণ করার জন্য আমার অনুরোধ করার পূর্ণ সুযোগ রয়েছে। এই অনুরোধ করার জন্য আমি আমার মামলা পরিচালকের সাথে যোগাযোগ করব। এই ধারার অধীনে নতুন চুক্তি বলবৎ হবার পূর্বে এই পুনঃনির্ধারণ কার্যকর হবে না।

## E. অর্থনৈতিক তথ্য প্রদানের স্বীকৃতি

আমি, \_\_\_\_\_, স্বীকার করছি যে EISEP এবং/বা CSE সেবা সম্পর্কিত যে অর্থনৈতিক তথ্য এই ফরমে প্রদান করেছি তা আমার জানা মতে সম্পূর্ণ সত্য এবং সঠিক। এই তথ্য প্রয়োজন অনুসারে পরীক্ষা করে দেখা যাবে বলে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। আমি জানি যে যদি আমি জেনে শুনে কোন অর্থনৈতিক তথ্য সম্পর্কে কোন মিথ্যা তথ্য প্রদান করি বা ভুল তথ্য উপস্থাপন করি তাহলে আমি এই সেবা পাবার জন্য অনুপযুক্ত বলে বিবেচিত হব।

আমি জানি যে আমার প্রাপ্ত সেবার ধরন বা পরিমাণ, আমার আয়, গৃহস্থালীর খরচ, জীবিকা নির্বাহের খরচ বা চিকিৎসার খরচে পরিবর্তনের ফলে এই চুক্তি প্রভাবিত হতে পারে। যদি কোন পরিবর্তন আসে তাহলে আমি তা আমার মামলা পরিচালককে অবগত করতে সম্মত আছি। আমি জানি যে যদি কোন পরিবর্তন হয়, তাহলে আমার ভাগকৃত খরচ পরিবর্তনের সময় হতে পুনরায় গণনা করা হবে। যদি আমি অতিরিক্ত প্রদান করে থাকি তাহলে Area Agency on Aging কর্তৃক আমাকে ব্যয়িত অর্থ পরিশোধ করা হবে। যদি আমার কম প্রদান করে থাকি, তাহলে আমাকে বকেয়া অর্থ প্রদান করতে হবে। আমি জানি যে যদি কোন ভুল ধরা পড়ে তাহলে সেবা প্রদানের সময় হতেই আমার প্রদেয় ভাগকৃত খরচ পুনঃগণনা করা হবে।

আমার প্রদেয় ভাগকৃত খরচ সম্পর্কিত নীতিমালা এবং পদ্ধতি সম্পর্কে আমাকে পরিপূর্ণভাবে অবগত করা হয়েছে এবং আমি জানি যে ইচ্ছাকৃতভাবে ভাগকৃত খরচ প্রদানে ব্যর্থ হলে প্রোগ্রামের সাথে আমার চুক্তি বাতিল হয়ে যাবে এবং যতক্ষণ পর্যন্ত আমার পূর্বের বকেয়া ভাগকৃত খরচ প্রদান করা হবে না ততক্ষণ পর্যন্ত আমি EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে সেবা পাবার জন্য অনুপযুক্ত হয়ে যাব।

## F. প্রদানের সময়, বিল প্রদান এবং প্রদানের পদ্ধতি

আমি প্রতিষ্ঠানের প্রদানের সময়, বিল প্রদান এবং দানের পদ্ধতির সাথে সম্মত আছি এবং স্বীকার করছি যে এই চুক্তির সাথে এর একটি অনুলিপি আমাকে দান করা হয়েছে।

## G. গ্রাহকদের অধিকার

EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে আমার অধিকার সম্পর্কে আমাকে অবগত করা হয়েছে। এর মধ্যে সে সব অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা আমি শুনানির আবেদনের সময় এবং Area Agency on Aging কর্তৃক নির্ধারিত ভাগকৃত খরচের উপর আপত্তি উত্থাপনের জন্য পেতে পারি।

## H. কেয়ার প্ল্যান/ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের স্বীকৃতি

কেয়ার প্ল্যান এবং ভাগকৃত খরচ নির্ধারণ সম্পর্কে আমাকে জানানো হয়েছে।

আমি কেয়ার প্ল্যান এবং ভাগকৃত খরচ নির্ধারণ আমি মেনে নিচ্ছি

হ্যাঁ  না (ব্যাখ্যা করুন)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
গ্রাহক/ প্রতিনিধির স্বাক্ষর তারিখ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
গ্রাহক/ প্রতিনিধির স্বাক্ষর তারিখ

## মামলা পরিচালকের স্বীকৃতি

আমি, \_\_\_\_\_, মামলা

পরিচালক \_\_\_\_\_, স্বীকার করছি যে এই নথিতে উল্লেখিত সকল তথ্য

গ্রাহকের প্রদত্ত তথ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_\_\_\_

নাম (মুদ্রিত): \_\_\_\_\_

টেলিফোন: \_\_\_\_\_

ইমেইল: \_\_\_\_\_