

6

বয়স্কদের জন্য সম্প্রসারিত ইন-হোম পরিষেবা কর্মসূচি (EISEP) বা

বয়স্কদের জন্য কমিউনিটি পরিষেবা (CSE)

ক্লায়েন্টের চুক্তি

ক্লায়েন্টের নাম(সমূহ): \_\_\_\_\_

EISEP প্রদানকারী সংস্থা: \_\_\_\_\_

বার্ধক্য সম্পর্কিত এলাকার সংস্থা: \_\_\_\_\_

এই চুক্তির আওতাধীন সময়কাল: \_\_\_\_\_ হতে \_\_\_\_\_

#### A. চুক্তি - ব্যয় অংশ ছাড়া

এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে ঠিক চিহ্ন দিন।

আমি বুঝতে পেরেছি যে, আমি যে তথ্য প্রদান করেছি তার ভিত্তিতে, এই চুক্তির আওতাধীন সময়ের জন্য বয়স্কদের জন্য সম্প্রসারিত ইন-হোম পরিষেবা কর্মসূচি (Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) বা EISEP এর মতো বয়স্কদের জন্য কমিউনিটি পরিষেবা (Community Services for the Elderly, CSE) কর্মসূচিগুলোর জন্য আমাকে কোনো ফি দিতে হবে না।

#### B. চুক্তি - ব্যয় অংশ

এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে ঠিক চিহ্ন দিন।

আমি এই চুক্তির আওতাধীন সময়ের জন্য EISEP এবং/অথবা CSE অধীনে প্রাপ্ত পরিষেবা, পণ্য এবং/অথবা আইটেমগুলোর জন্য ফি প্রদান করতে সম্মত। এই ফি আমি এক মাসে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলোর ব্যয়ের \_\_\_\_\_ % অতিক্রম করবে না বা \_\_\_\_\_ মার্কিন ডলারের চেয়ে কম হবে। এর মধ্যে কেস ম্যানেজমেন্টের খরচ অন্তর্ভুক্ত নয়, যা বিনামূল্যে।

EISEP এবং/অথবা CSE থেকে আমি যে পরিষেবাগুলো, পণ্য এবং/অথবা আইটেমগুলো পাওয়ার আশা করি তার উপর ভিত্তি করে আমি প্রতি মাসে যে আনুমানিক ফি প্রদান করব তা হলো \_\_\_\_\_ মার্কিন ডলার। তবে, আমি প্রকৃতপক্ষে প্রাপ্ত নয় এমন কোনো পরিষেবার জন্য বা আমার ব্যয়ের অংশ নির্ধারণ করে নেওয়ার আগে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলোর জন্য আমাকে চার্জ করা হবে না।

এটি আমার উপলব্ধি যে আমি ইন-হোমের \_\_\_\_\_ ইউনিট, প্রাতিষ্ঠানিক নয় এমন অবকাশের \_\_\_\_\_ ইউনিট এবং আনুষঙ্গিক পরিষেবাগুলোর \_\_\_\_\_ ইউনিট পাব

**c. চুক্তি - সম্ভাব্য মেডিকেড (Medicaid) ক্লায়েন্টদের জন্য ব্যয়ের অংশ**

এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে ঠিক চিহ্ন দিন।

আমি মেডিকেডের জন্য আবেদন করছি এবং বুঝতে পারি যে মেডিকেড আবেদন এবং নির্ধারণ প্রক্রিয়া চলাকালীন, আমি যে EISEP এবং/অথবা CSE পরিষেবাগুলো অনুরোধ করি, আমার কেয়ার প্ল্যানে যেভাবে নির্ধারিত আছে, আমাকে প্রদান করা হোক।

মেডিকেডের যোগ্যতা নির্ধারণ করা হলেও, আমি বুঝি যে এই চুক্তির আওতায় থাকা সময়ের মধ্যে প্রতি মাসে \_\_\_\_\_ মার্কিন ডলার পরিমাণে এই পরিষেবাগুলোর ব্যয়ের জন্য আমি দায়বদ্ধ। তবে, আমি প্রকৃতপক্ষে প্রাপ্ত নয় এমন কোনো পরিষেবার জন্য বা আমার ব্যয়ের অংশ নির্ধারণ করে নেওয়ার আগে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলোর জন্য আমাকে চার্জ করা হবে না। আমি বুঝতে পারি যে যদি আমাকে মেডিকেড-যোগ্য বলে মনে করা হয়, তবে মেডিকেড ইন-হোম এর অনুরূপ পরিষেবাগুলোর জন্য অর্থ প্রদান করবে। যখন আমি মেডিকেডের অধীনে ইন-হোম পরিষেবাগুলো পেতে শুরু করি, তখন আমি বুঝতে পারি যে EISEP/CSE এর অধীনে আমার ইন-হোম পরিষেবাগুলোর জন্য আমাকে আর কোনো ব্যয়ের অংশ দিতে হবে না এবং এই চুক্তিটি শেষ হয়ে যাবে। যদি আমি EISEP/CSE পরিষেবাগুলোর জন্য যোগ্যতা অর্জন করি এবং মেডিকেডের আওতার বাইরে পড়ে এমন সমর্থন করি, তবে আমি EISEP/CSE এর জন্য পুনরায় আবেদন করতে পারি এবং আমার আয়, আবাসন ব্যয় এবং জীবনযাত্রার ব্যবস্থার উপর ভিত্তি করে একটি নতুন চুক্তি করা হবে। এই নতুন চুক্তি, যদি প্রয়োজন হয়, এই চুক্তির সময়কালের জন্য ব্যয়ের একটি অংশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে।

**d. চুক্তি - সম্পূর্ণ ব্যয় প্রদান করুন, কোনো আর্থিক তথ্য নেই**

এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে ঠিক চিহ্ন দিন।

আমি এই ফরমের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করতে অস্বীকার করি। আমি বিশ্বাস করি যে আমার আয় এবং সম্পদ আমাকে মেডিকেড বা অন্য কোনো সরকারি

কর্মসূচির অধীনে ইন-হোম এর অনুরূপ বা কেস ম্যানেজমেন্ট পরিষেবাগুলো পাওয়ার অযোগ্য করে তোলে। আমি বুঝতে পারি যে প্রত্য্যখ্যান করে, আমি EISEP এবং/অথবা CSE এর অধীনে ব্যয়ের অংশ সহায়তা পাওয়ার অযোগ্য। আমি এই চুক্তির দ্বারা যোগ্য পরিষেবাগুলো গ্রহণ করতে এবং এই চুক্তির আওতাধীন সময়ের জন্য প্রতি মাসে পরিষেবাগুলোর সম্পূর্ণ ব্যয়, \_\_\_\_\_ মার্কিন ডলার প্রদান করতে বেছে নিয়েছি। তবে, আমি যেকোনো পরিষেবা গ্রহণ করি না বা আমার ব্যয়ের অংশ নির্ধারণ করে নেওয়ার সিদ্ধান্তের আগে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলোর জন্য আমাকে চার্জ করা হবে না।

আমি বুঝতে পারি যে যদি আমি এই ফরমটিতে অনুরোধ করা সমস্ত তথ্য প্রদান করার সিদ্ধান্ত নিই, তবে আমার যে পরিমাণ ফি(গুলো) প্রদান করতে হবে তার পরিমাণ পুনরায় নির্ধারণের জন্য অনুরোধ করার এবং পাওয়ার সুযোগ রয়েছে। এটি অনুরোধ করতে, আমি আমার কেস ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করব। এই সেকশনের অধীনে একটি পুনঃনির্ধারণ নতুন চুক্তির তারিখের আগে কার্যকর হবে না।

#### E. আর্থিক তথ্য নিশ্চিতকরণ

আমি, \_\_\_\_\_, নিশ্চিত করি যে EISEP এবং/অথবা CSE পরিষেবাগুলোর সাথে সম্পর্কিত যেকোনো আর্থিক তথ্য যা আমি প্রদান করেছি তা আমার জানা মতে সত্য এবং সঠিক। আমি সম্মত যে এই তথ্য প্রয়োজন অনুসারে যাচাই করা যেতে পারে। আমি উপলব্ধি করি যে এই আর্থিক মূল্যায়নের সাথে সম্পর্কিত আমার দ্বারা ইচ্ছাকৃতভাবে করা কোনো মিথ্যা বিবৃতি বা ভুল উপস্থাপনার ফলে আমি পরিষেবাগুলোর জন্য অযোগ্য হতে পারি।

আমি বুঝতে পারি যে আমি যে ধরনের বা পরিষেবাগুলো গ্রহণ করি, আয়, আবাসন ব্যয়, জীবনযাত্রার ব্যবস্থা বা চিকিৎসা খরচের ভবিষ্যতের পরিবর্তনগুলো এই চুক্তিকে প্রভাবিত করতে পারে। যদি কোনো পরিবর্তন ঘটে তবে আমি আমার কেস ম্যানেজারকে অবহিত করতে সম্মত। আমি বুঝতে পারি যে যদি পরিবর্তনগুলো ঘটে তবে পরিবর্তনের সময় থেকে আমার ব্যয়ের অংশটি পুনরায় গণনা করা যেতে পারে। যদি আমি অতিরিক্ত অর্থ প্রদান করি, তবে বার্ষিক সম্পর্কিত এলাকার সংস্থা ( Area Agency on Aging ) দ্বারা আমাকে তা সম্পূর্ণ ফেরত দেওয়া হবে। যদি আমি কম অর্থ প্রদান করি, তবে আমি বাকি টাকা পরিশোধ করব। যদি কোনো ভুল পাওয়া যায়,

তবে আমি বুঝতে পারি যে পরিষেবাগুলো শুরু হওয়ার সময় থেকে আমার ব্যয়ের অংশটি পুনরায় গণনা করা যেতে পারে।

আমি আমার ব্যয়ের অংশ প্রদানের নীতি ও পদ্ধতি সম্পর্কে সম্পূর্ণরূপে অবহিত হয়েছি এবং বুঝতে পেরেছি যে আমার ব্যয়ের অংশ প্রদানে ইচ্ছাকৃত ব্যর্থতার ফলে আমি কর্মসূচি থেকে বরখাস্ত হব এবং আমার পূর্ববর্তী খরচের অংশের অর্থ প্রদান না হওয়া পর্যন্ত আমি EISEP এবং/অথবা CSE অধীনে পরিষেবাগুলো গ্রহণের অযোগ্য হয়ে যাব।

#### **F. পরিশোধ সময়সূচি, বিল সংক্রান্ত রীতি এবং পরিশোধ পদ্ধতি**

আমি সংস্থার পরিশোধ সময়সূচি, বিল সংক্রান্ত রীতি এবং পরিশোধ পদ্ধতির সাথে সম্মত এবং স্বীকার করি যে এই চুক্তির সাথে আমাকে এর একটি অনুলিপি সরবরাহ করা হয়েছে।

#### **G. ক্লায়েন্টের অধিকারসমূহ**

EISEP এবং/অথবা CSE এর অধীনে আমার অধিকার সম্পর্কে আমাকে লিখিতভাবে অবহিত করা হয়েছে। এর মধ্যে যেকোনো অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা আমাকে শুনানির জন্য অনুরোধ করতে হতে পারে এবং বার্ষিক্য সম্পর্কিত এলাকার সংস্থা (Area Agency on Aging) দ্বারা মূল্যায়ন করা আমার ব্যয়ের অংশের পরিমাণ নিয়ে বিতর্ক করার অধিকার রয়েছে।

H. কেয়ার প্ল্যান / ব্যয়ের অংশ নির্ধারণ গ্রহণযোগ্যতা

আমাকে আমার কেয়ার প্ল্যান এবং ব্যয়ের অংশ নির্ধারণ সম্পর্কে অবহিত করা হয়েছে।

আমি কেয়ার প্ল্যান এবং ব্যয়ের অংশ নির্ধারণে সম্মত

হ্যাঁ  না (ব্যাখ্যা করুন)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ক্লায়েন্ট/প্রতিনিধি স্বাক্ষর তারিখ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ক্লায়েন্ট/প্রতিনিধি স্বাক্ষর তারিখ

কেস ম্যানেজারের নিশ্চিতকরণ

আমি, \_\_\_\_\_ কেস ম্যানেজার,  
\_\_\_\_\_ এর জন্য নিশ্চিত করি যে এই নথিতে  
থাকা তথ্য ক্লায়েন্ট দ্বারা প্রদত্ত তথ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

নাম (স্পষ্ট অক্ষরে): \_\_\_\_\_

টেলিফোন: \_\_\_\_\_

ইমেইল: \_\_\_\_\_