



EPIC কী?

এন্ডারলি ফার্মাসিউটিক্যাল ইন্স্যুরেন্স কভারেজ (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) প্রোগ্রাম হল স্বাস্থ্য বিভাগ দ্বারা পরিচালিত নিউ ইয়র্ক স্টেটের একটি প্রোগ্রাম। এটি যেকোনো পার্ট ডি বাদযোগ্য পরিমাণ বাদ যাওয়ার পর Medicare পার্ট ডি দ্বারা আওতাভুক্ত প্রেসক্রিপশন ওষুধের জন্য প্রবীণদের কো-পেমেন্ট সহায়তা প্রদান করে। Medicare পার্ট ডি-তে বাদ পড়া অনেক ওষুধও EPIC আওতা দেয়।

• **ফি প্ল্যানের** সদস্যরা তাদের আয়ের উপর ভিত্তি করে EPIC-কে একটি বার্ষিক ফি প্রদান করেন। ওষুধের খরচের উপর ভিত্তি করে EPIC-এর কো-পেমেন্ট \$3 থেকে \$20 পর্যন্ত হতে পারে। যারা Medicare থেকে সম্পূর্ণ অতিরিক্ত সহায়তা (Full Extra Help) পান তাদের EPIC ফি মকুব করা হয়।

• **বাদযোগ্য পরিমাণ থাকা প্ল্যানের** সদস্যদের অবশ্যই ওষুধের জন্য EPIC কো-পেমেন্ট প্রদানের আগে তাদের আয়ের উপর ভিত্তি করে বার্ষিক একটি বাদযোগ্য পরিমাণ নিজেকে পরিশোধ করতে হবে।

অবিবাহিত হলে \$23,000 বা বিবাহিত হলে \$29,000 এর নিচে বার্ষিক আয় থাকা সদস্যদের জন্য EPIC একটি প্রাথমিক প্ল্যানের অর্থের পরিমাণ পর্যন্ত Medicare পার্ট ডি প্ল্যানের প্রিমিয়ামও প্রদান করে।

যাদের আয় বেশি তাদের অবশ্যই তাদের পার্ট ডি প্ল্যানের প্রিমিয়াম দিতে হবে।

• তাদের পেমেন্ট করতে সহায়তা করার জন্য, তাদের EPIC-এর বাদযোগ্য পরিমাণ Medicare পার্ট ডি প্রাথমিক পরিকল্পনার বার্ষিক মূল্যের সমান হ্রাস করা হয়।

• বাদযোগ্য পরিমাণ সহ প্ল্যানের তফসিলে শেডযুক্ত স্থানে আয়ের ক্ষেত্রে EPIC-এর বাদযোগ্য পরিমাণগুলি দেখানো পরিমাণের চেয়ে কম হবে।

কারা যোগ দিতে পারেন?

- নিউইয়র্ক স্টেটের 65 বছর বা তার বেশি বয়সের কোনো বাসিন্দা যার বার্ষিক আয় অবিবাহিত হলে \$75,000 পর্যন্ত বা বিবাহিত হলে \$100,000।
- কোনো যোগ্য প্রবীণ যিনি Medicaid-এর খরচ বহন করেন এবং সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধা পান না।

Medicare পার্ট ডি তালিকাভুক্তি

EPIC সুবিধা পাওয়ার জন্য **সকল EPIC সদস্যদের অবশ্যই পার্ট ডি থাকতে হবে**। যেহেতু EPIC একটি যোগ্যতা ভিত্তিক স্টেট ফার্মাসিউটিক্যাল অ্যাসিস্ট্যান্স (State Pharmaceutical Assistance) প্রোগ্রাম, তাই সদস্যরা EPIC-এ একবার তালিকাভুক্ত হলে বছরে একটি পার্ট ডি প্লানে যোগদান করতে পারবেন। তারা বছরে একবার তাদের Medicare পার্ট ডি প্লান পরিবর্তনও করতে পারেন।

"অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" অর্থ সাশ্রয় করতে পারে!

আয়ের নিরিখে যোগ্য হলে, EPIC এই আবেদনের তথ্যগুলি প্রবীণ ব্যক্তিটির হয়ে অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help) এর জন্য আবেদন করতে ব্যবহার করবে, এবং EPIC নির্ধারণের জন্য কেবল লাইন 1-3 ব্যবহার করা হবে।

• যে প্রবীণরা ইতিমধ্যে অতিরিক্ত সহায়তা পাচ্ছেন তারা তাদের ফর্মের সাথে সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন থেকে তাদের নির্ধারণ পত্রের একটি কপি পাঠাতে পারেন।

• যদি সম্পূর্ণ অতিরিক্ত সহায়তা (Full Extra Help) অনুমোদিত হয়, তাহলে প্রবীণ ব্যক্তিটির কো-পেমেন্ট কম হবে এবং তার কোনো Medicare পার্ট ডি কভারেজ গ্যাপ থাকবে না। Medicare এবং EPIC মাসিক পার্ট ডি প্ল্যানের প্রিমিয়ামের সমস্তটা বা বেশিরভাগই পরিশোধ করবে।

কীভাবে আবেদন করতে হয়

- আবেদনটি সম্পূর্ণ করুন, এতে স্বাক্ষর করুন এবং নিচের ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান।
- আপনার এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর মোট আয় রিপোর্ট করুন যদি আপনারা একসাথে বসবাস করেন (এমনকি যদি শুধুমাত্র একজন আবেদন করে থাকেন তাহলেও) এবং দুজনেরই ফর্ম স্বাক্ষর করা আবশ্যিক।
- পৃথকভাবে আবেদন করুন বা একসাথে বসবাস করা স্বামী/স্ত্রী দুজনেই একই ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন। আপনি যদি অবিবাহিত, ভালাকপ্রাপ্ত বা বিধবা/বিপন্ন হন বা আপনার স্বামী/স্ত্রী আপনার সাথে বসবাস না করেন (উদাহরণ: একটি বৃদ্ধাশ্রমে) তাহলে 'অবিবাহিত'-তে টিক চিহ্ন দিন। আপনি এবং আপনার স্বামী/স্ত্রী একই বাড়িতে বসবাস করলে 'বিবাহিত'-তে টিক চিহ্ন দিন।

আরো তথ্যের জন্য টোল-ফ্রি EPIC হেল্পলাইনে ফোন করুন **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**

এখান থেকে আবেদনপত্র ডাউনলোড করুন: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm

কোন ভাষার সংস্করণ তা বেছে নিন

অথবা এই ঠিকানায় লিখুন: **EPIC**

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018.

পূর্ববর্তী বছরের আয়

লাইন 1-3 আপনার EPIC নির্ধারণের জন্য ব্যবহার করা হয়। আপনি যদি বিবাহিত হন এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর সাথে বসবাস করেন, তাহলে আপনাদের দুজনের জন্যই তথ্য পূরণ করুন। লাইন 3-এ থাকা পরিমাণ(গুলি) ব্যবহার করে, আপনার আয়, আপনার বার্ষিক ফি বা আপনার বার্ষিক বাদযোগ্য পরিমাণের উপর ভিত্তি করে আপনার প্ল্যান নির্ধারণ করতে এই পৃষ্ঠার উল্টো দিকের EPIC-এর হারের তফসিল দেখুন।

অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)-এর জন্য যোগ্যতা অর্জন করা

ইতিমধ্যেই Medicare সেভিংস প্রোগ্রামের জন্য যোগ্য প্রবীণরা অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)-এর জন্য স্বয়ংক্রিয়ভাবে যোগ্য। অনুগ্রহ করে আপনার নির্ধারণ পত্রের একটি কপি পাঠান। আপনি যোগ্য হলে লাইন 4 থেকে 22 এড়িয়ে যেতে পারেন।

বর্তমান মাসিক আয়

- লাইন 4-9। অনুগ্রহ করে সোশ্যাল সিকিউরিটি, প্রবীণ সৈনিকের মতো প্রতিটি ধরনের আয়ের জন্য বাদযোগ্য পরিমাণ কাটার আগে বর্তমান মাসিক আয় লিখুন। যদি মাসে মাসে পরিমাণটির পরিবর্তন হয়, তাহলে প্রতিটি লাইনের জন্য গত 12 মাসের গড় মাসিক আয় অনুমান করুন। পারিশ্রমিক এবং স্ব-নিযুক্তি, সুদের আয়, ডিভিডেন্ড, সরকারি সহায়তা, চিকিৎসা প্রতিদান বা ফস্টার কেয়ারের পেমেন্ট অন্তর্ভুক্ত করবেন না। সেই লাইনে রিপোর্ট করার মতো আপনার কোনো আয় না থাকলে অনুগ্রহ করে \$0 লিখুন।
- লাইন 8a। অনুগ্রহ করে অন্য আয়ের ধরন উল্লেখ করুন যা আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী লাইন 5-এ রিপোর্ট করছেন, যেমন খোরপোশ, ভাড়া থেকে নিট আয়, শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ, বা ব্যক্তিগত বা স্টেটের প্রতিবন্ধকতা সংক্রান্ত পেমেন্ট ইত্যাদি।
- লাইন 10। লাইন 4-8 এ রিপোর্ট করা কোনো অর্থপরিমাণ গত দুই বছরে কমেছে কিনা তা নির্দেশ করুন।

সম্পদ

- লাইন 11-14। অনুগ্রহ করে আপনার, আপনার স্বামী/স্ত্রীর (যদি বিবাহিত হন এবং একসাথে বসবাস করেন) অথবা আপনাদের দুজনেরই ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টগুলির, বিনিয়োগ বা নগদ অর্থের বর্তমান ব্যালেন্স (বা অনুমান) রিপোর্ট করুন। এমন নগদ বা বিনিয়োগ অন্তর্ভুক্ত করুন যার আপনাদের মধ্যে কেউ একজন অন্য কোনো ব্যক্তির সাথে মালিক। আপনার বাড়ি, যানবাহন, দাফনের প্লট, ব্যক্তিগত সম্পত্তি, বা সোশ্যাল সিকিউরিটি বা সোশ্যাল সিকিউরিটি সংক্রান্ত আয় (SSI) থেকে ফেরত পেমেন্ট অন্তর্ভুক্ত করবেন না। প্রতিটি লাইনে, কোনো আয় না থাকলে \$0 লিখুন।

অন্যান্য খরচ এবং উপার্জন

আপনি যদি অবিবাহিত হন তবে অনুগ্রহ করে আপনার আয় এবং সম্পদের উপর ভিত্তি করে প্রম্নের (12-14) উত্তর দিন। আপনি যদি বিবাহিত হন এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর সাথে বসবাস করেন তবে অনুগ্রহ করে, যেখানে প্রযোজ্য, আপনার সম্মিলিত আয় এবং সম্পদের উপর ভিত্তি করে প্রম্নের (12-14) উত্তর দিন।

- লাইন 15। অনুগ্রহ করে হ্যাঁ-তে টিক চিহ্ন দিন যদি আপনি আশা করেন যে লাইন (8-10)-এ সম্পদের অধীনে তালিকাভুক্ত কোনো বিনিয়োগ থেকে নগদ বা অর্থ আপনার বা আপনার স্বামী/স্ত্রীর অন্ত্যেষ্টক্রিয়া বা দাফন খরচের জন্য ব্যবহার করা হবে। অন্যথায় না-তে টিক চিহ্ন দিন।
- লাইন 16। আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী আপনাদের বাড়ি ছাড়া অন্য কোনো স্থাবর সম্পত্তির মালিক হলে হ্যাঁ-তে টিক চিহ্ন দিন (উদাহরণ: গ্রীষ্মকালীন বাড়ি, ভাড়া দেওয়া সম্পত্তি বা অনুন্নত জমি যা আপনার বাড়ি থেকে আলাদা)। অন্যথায় না-তে টিক চিহ্ন দিন।
- লাইন 17। আপনার সাথে বসবাস করেন এমন আত্মীয়দের সংখ্যা লিখুন যারা তাদের আর্থিক সহায়তার অন্তত অর্ধেকের জন্য আপনার বা আপনার স্বামী/স্ত্রীর উপর নির্ভর করেন। আত্মীয়দের মধ্যে আপনার সাথে রক্তের মাধ্যমে সম্পর্কিত, বিবাহ বা দত্তক গ্রহণের মাধ্যমে সম্পর্কিত যে কেউ অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। এই প্রম্নটি প্রযোজ্য না হলে একটি 0 লিখুন।

18-22 প্রম্নের উত্তর তবেই দেবেন যদি আপনি এবং আপনার স্বামী/স্ত্রী (যদি একসাথে বসবাস করছেন) গত দুই বছরে কাজ করে থাকেন। অন্যথায়, অনুগ্রহ করে প্রম্ন 18-22 ফাঁকা ছেড়ে দিন।

- লাইন 18। আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী এই ক্যালেন্ডার বর্ষে কর এবং বাদযোগ্য পরিমাণ কাটা যাওয়ার আগে পারিশ্রমিকে কত উপার্জন করার আশা করছেন তা অনুগ্রহ করে অনুমান করুন।
- লাইন 19। যদি স্ব-নিযুক্ত হন, তাহলে অনুগ্রহ করে অনুমান করুন যে আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী এই ক্যালেন্ডার বর্ষে কত আয় করার বা অর্থ ক্ষতি হওয়ার আশা করছেন। যদি আপনি ক্ষতির আশা করছেন তাহলে অনুগ্রহ করে একটি ঋণাত্মক সংখ্যা লিখুন।
- লাইন 20। লাইন 18 বা 19-এ রিপোর্ট করা পরিমাণ গত দুই বছরে কমে থাকলে অনুগ্রহ করে হ্যাঁ-তে টিক চিহ্ন দিন। অন্যথায় না-তে টিক চিহ্ন দিন।
- লাইন 21। আপনি যে মাস এবং বছরে (MM/YYYY) কাজ করা বন্ধ করেছেন বা কাজ বন্ধ করার পরিকল্পনা করছেন সেটি লিখুন। আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী যদি কাজ করা চালিয়ে যাওয়ার পরিকল্পনা করছেন তাহলে অনুগ্রহ করে এটি ফাঁকা ছেড়ে দিন।
- লাইন 22। আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী এমন জিনিসের জন্য পেমেন্ট করেন কিনা যা আপনার স্বামী/স্ত্রীকে কাজ করতে সক্ষম করে তাহলে সেটি সূচিত করতে হ্যাঁ বা না-তে টিক চিহ্ন দিন। এই ধরনের খরচের উদাহরণ হল: একটি হইলচেয়ার; অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা ও ওষুধের খরচ; ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবা; যানবাহনে পরিবর্তন বা অন্যান্য পরিবহনের চাহিদা; কাজ-সংক্রান্ত সহায়ক প্রযুক্তি; গাইড কুকুরের খরচ; সংজ্ঞাবহ এবং দৃষ্টিসংক্রান্ত সহায়ক; এবং ব্রেইল অনুবাদ। যদি আপনি অবিবাহিত হন বা আপনার স্বামী/স্ত্রীর বয়স 65 বা তার বেশি হয় তাহলে অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য নয়-এ টিক চিহ্ন দিন।
- লাইন 23। আপনি যদি ইতিমধ্যেই "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)"-এর সুবিধা পান তাহলে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আপনি আপনার নির্ধারণ পত্রের একটি কপি সংযুক্ত করেছেন।



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

আবেদনপত্র

সহায়তা প্রয়োজন? টোল-ফ্রি নম্বরে ফোন করুন: 1-800-332-3742
¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1-800-332-3742

অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে ছাপা অক্ষরে লিখুন!

কে আবেদন করছেন এবং কার জন্য করেছেন? কেবল আপনি নিজের জন্য আপনার এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর জন্য শুধুমাত্র অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)"

আপনার পদবি	নাম	মাতার নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:
প্রমত্তে (যদি উপরের থেকে ভিন্ন হয়)			লিঙ্গ
আপনি যেখানে বসবাস করেন সেখানকার ঠিকানা (P.O. Box নয়)			<input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> X
শহর	স্টেট	জিপ কোড	আপনার জন্ম তারিখ
যে ঠিকানায় আপনি আপনার মেইল পান (যদি উপরের থেকে ভিন্ন হয়)			মাস দিন বছর
শহর	স্টেট	জিপ কোড	আপনার টেলিফোন নম্বর
স্বামী/স্ত্রীর নাম (যদি বেঁচে থাকেন)			এরিয়া কোড নম্বর
আপনার পদবি	নাম	মাতার আদ্যক্ষর	() _____
স্বামী/স্ত্রীর টেলিফোন নম্বর			বৈবাহিক স্থিতি
এরিয়া কোড নম্বর	<input type="checkbox"/> বিধবা/বিপন্নিক, অবিবাহিত বা তালাকপ্রাপ্ত		
() _____	<input type="checkbox"/> বিবাহিত, একসাথে বসবাস করেন		
			<input type="checkbox"/> বিবাহিত, আলাদা বসবাস করেন
স্বামী/স্ত্রীর নাম (যদি বেঁচে থাকেন)			স্বামী/স্ত্রীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:
আপনার পদবি	নাম	মাতার আদ্যক্ষর	_____
স্বামী/স্ত্রীর টেলিফোন নম্বর			স্বামী/স্ত্রীর জন্ম তারিখ
এরিয়া কোড নম্বর	মাস দিন বছর		
() _____	_____ / _____ / _____		
			স্বামী/স্ত্রীর লিঙ্গ
			<input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> X

আপনার Medicare ক্রেইম নম্বরটি লিখুন (নীল, সাদা এবং লাল কার্ড)

আপনার স্বামী/স্ত্রীর Medicare ক্রেইম নম্বরটি লিখুন (নীল, সাদা এবং লাল কার্ড)

আপনার যদি ইতিমধ্যেই EPIC থেকে থাকে, তাহলে আপনার EPIC শনাক্তকরণ নম্বরটি লিখুন

আপনার স্বামী/স্ত্রীর যদি ইতিমধ্যেই EPIC থেকে থাকে, তাহলে তার EPIC শনাক্তকরণ নম্বরটি লিখুন

EPIC নির্ধারণ: পূর্ববর্তী ক্যালেন্ডার বর্ষের জন্য আপনার মোট আয়ের বিষয়ে রিপোর্ট করুন।

আপনি যদি বিবাহিত হন, এবং একসাথে বসবাস করেন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই আপনার এবং আপনার স্বামী/স্ত্রীর পূর্ববর্তী বছরের সম্মিলিত বার্ষিক আয় রিপোর্ট করতে হবে, এমনকি যদি আপনাদের মধ্যে একজনই আবেদন করে থাকেন তাহলেও। যদি বিবাহিত হন কিন্তু আলাদা বসবাস করেন তবে কেবল আপনার বাৎসরিক আয়ের বিষয়ে রিপোর্ট করুন। বার্ষিক আয় পেতে মাসিক আয়ের পরিমাণকে 12 দিয়ে গুণ করুন। লাইন 1-3 শুধু আপনার EPIC নির্ধারণের জন্য ব্যবহার করা হয়।

আপনার বার্ষিক আয়

স্বামী/স্ত্রীর বার্ষিক আয়

1. আপনাকে চেক বা সরাসরি আমানতের মাধ্যমে প্রদান করা সোশ্যাল সিকিউরিটি এবং/অথবা রেলরোড অবসর সুবিধা (Railroad Retirement Benefits), (Medicare পার্ট বি প্রিমিয়াম বাদ দিয়ে)।	\$ _____	\$ _____
2. অন্যান্য আয়: পেনশন, বার্ষিক বৃত্তি, সুদ, ডিভিডেন্ড, IRA বিতরণ, সম্পত্তি বিক্রি বা কোনো বিনিয়োগ থেকে লাভ, পারিশ্রমিক, ব্যবসায়িক আয় বা ক্ষতি, ভাড়া থেকে নিট আয়, ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন।	\$ _____	\$ _____
3. মোট বার্ষিক আয় (লাইন 1 এবং 2 যোগ করুন)	\$ _____	\$ _____

"অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" নির্ধারণ: আপনার মোট বর্তমান মাসিক আয়ের বিষয়ে রিপোর্ট করুন।

আপনার পক্ষ থেকে "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" নামক একটি ফেডারেল সুবিধার জন্য আবেদন করার জন্য EPIC 4-22 লাইনের আপনার উত্তরগুলি ব্যবহার করবে। EPIC সুবিধা পাওয়ার জন্য এটি আইন দ্বারা আবশ্যিক। আপনি যদি ইতিমধ্যেই "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" সুবিধাগুলি পান তবে আপনি আপনার নির্ধারণ পত্রের একটি কপি প্রদান করছেন তা বোঝাতে লাইন 23-এ অগ্রসর হোন (লাইন 4-22 এড়িয়ে যান)।

বর্তমান মাসিক আয়ের পরিমাণ

(কোনো আয় না থাকলে \$0 লিখুন)

	আপনার আয়	স্বামী/স্ত্রীর আয়
4. বাদযোগ্য পরিমাণ কেটে নেওয়ার আগে মাসিক সোশ্যাল সিকিউরিটি থেকে আয়	\$ _____	\$ _____
5. বাদযোগ্য পরিমাণ কেটে নেওয়ার আগে মাসিক রেলরোড অবসর (Railroad Retirement) থেকে আয়	\$ _____	\$ _____
6. বাদযোগ্য পরিমাণ কেটে নেওয়ার আগে মাসিক অবসরপ্রাপ্ত সৈনিকের সুবিধা (Veterans Benefits) থেকে আয়	\$ _____	\$ _____
7. মাসিক – বাদযোগ্য পরিমাণ কেটে নেওয়ার আগে অন্যান্য পেনশন এবং বার্ষিক বৃত্তি (নিচের সম্পদ বিভাগে (Assets section) রিপোর্ট করা কোনো পরিমাণ বাদ দিয়ে)	\$ _____	\$ _____
8. মাসিক – উপরে তালিকাভুক্ত নয় এমন অন্যান্য আয় (খোরপোশ, ভাড়া থেকে নিট আয়, শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ, ব্যক্তিগত বা স্টেটের প্রতিবন্ধকতা সংক্রান্ত পেমেন্ট সহ)	\$ _____	\$ _____
8A. অন্যান্য আয়ের ধরন নির্দিষ্ট করুন (লাইন 8):	_____	_____
9. মোট মাসিক আয় (লাইন 4-8 যোগ করুন)	\$ _____	\$ _____

আপনি যে ক্যালেন্ডার বর্ষে আবেদন করছেন তার জন্য যদি আপনার আয় "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)"-এ উল্লেখ করা সীমা ছাড়িয়ে যায় (http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm এ EPIC-এর ওয়েবসাইট দেখুন বা <http://www.ssa.gov> এ সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের ওয়েবসাইট দেখুন), তাহলে অনুগ্রহ করে লাইন 10-22 এড়িয়ে গিয়ে তারপর চালিয়ে যান। আপনার ইন্টারনেট অ্যাক্সেস না থাকলে, EPIC হেল্পলাইনে কল করুন: 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)।

10. 4-8 লাইনে রিপোর্ট করা কোনো অর্থপরিমাণ কি গত দুই বছরে কমেছে? হ্যাঁ না
11. ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট - মোট বর্তমান ব্যালেন্স (চেকিং, সেভিংস, মানি মার্কেট, আমানতের সার্টিফিকেট) \$ _____
12. স্টক, বন্ড, সেভিংস বন্ড, মিউচুয়াল ফান্ড ইন্ডিভিজুয়াল রিটায়ারমেন্ট অ্যাকাউন্ট বা অন্যান্য অনুরূপ বিনিয়োগ \$ _____
13. বাড়িতে বা অন্য কোথাও থাকা নগদ \$ _____
14. মোট সম্পদ (লাইন 11-13 যোগ করুন)। \$ _____

আপনি যে ক্যালেন্ডার বর্ষে আবেদন করছেন তার জন্য যদি আপনার সম্পদ "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" এ উল্লেখ করা সীমা ছাড়িয়ে যায় (http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm এ EPIC-এর ওয়েবসাইট দেখুন বা CMS-এর ওয়েবসাইটে অনুরূপ তথ্য দেখুন), তাহলে অনুগ্রহ করে লাইন 15-22 এড়িয়ে গিয়ে স্বাক্ষর করায় এগিয়ে যান।

15. আপনার সম্পদ কি অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া বা দাফন সংক্রান্ত খরচের জন্য ব্যবহার করা হবে? হ্যাঁ না
16. আপনি কি আপনার বাড়ি ছাড়া অন্য স্থাবর সম্পত্তির মালিক? হ্যাঁ না
17. আপনার সাথে বসবাস করেন এমন কতজন আত্মীয় তাদের আর্থিক সহায়তার অন্তত অর্ধেকের জন্য আপনার উপর নির্ভর করেন? (নিজেকে বা আপনার স্বামী/স্ত্রীকে অন্তর্ভুক্ত করবেন না) _____
18. কর এবং বাদযোগ্য পরিমাণ কেটে নেওয়ার আগে এই ক্যালেন্ডার বর্ষে পারিশ্রমিকে আপনি কত উপার্জন করবেন বলে আশা করছেন? আপনি: \$ _____
স্বামী/স্ত্রী: \$ _____
19. যদি স্ব-নিযুক্ত হন, তাহলে এই ক্যালেন্ডার বর্ষে আপনার কত নেট আয় বা ক্ষতি হবে বলে আপনি আশা করছেন? আপনি: \$ _____
স্বামী/স্ত্রী: \$ _____
20. 18 বা 19 নম্বর লাইনের জন্য রিপোর্ট করা পরিমাণ কি গত দুই বছরে কমেছে? হ্যাঁ না
21. আপনি যদি সম্প্রতি কাজ করা বন্ধ করে থাকেন বা কাজ করা বন্ধ করার পরিকল্পনা করছেন তাহলে মাস এবং বছর লিখুন (উদাহরণ: 09/2018) আপনি: _____ / 20 _____
স্বামী/স্ত্রী: _____ / 20 _____

22. আপনার স্বামী/স্ত্রীর যদি বয়স 65 বছরের কম হয় এবং তিনি যদি অন্ধ বা প্রতিবন্ধী হন, তাহলে আপনি বা আপনার স্বামী/স্ত্রী কি এমন জিনিসের জন্য পেমেন্ট করেন যা আপনার স্বামী/স্ত্রীকে কাজ করতে সক্ষম করে?

হ্যাঁ না প্রযোজ্য নয়

23. আপনি যদি ইতিমধ্যেই Medicare সেভিংস প্রোগ্রামের জন্য যোগ্য হয়ে থাকেন এবং "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" সুবিধা পান, তাহলে আপনি কি আপনার নির্ধারণ পত্রের একটি কপি সংযুক্ত করেছেন?

হ্যাঁ না প্রযোজ্য নয়

যদি কেউ আপনাকে এই ফর্মটি পূরণ করতে সহায়তা করে থাকেন তবে অনুগ্রহ করে তার নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর প্রদান করুন।

ছাপা অক্ষরে নাম

ফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ)

()

ডাক ঠিকানা

শহর/স্টেট/জিপ কোড

মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং নিচে স্বাক্ষর করুন:

আমি প্রত্যয়িত করছি যে এই ফর্মের তথ্য সঠিক। আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটে বাস করি এবং বর্তমানে সম্পূর্ণ Medicaid সুবিধা পাচ্ছি না। আমি জানি যে আমাকে আমার বয়স, আয়, বসবাস, Medicare-এর স্থিতি এবং Medicare পার্ট ডি ড্রাগ (Part D drug) প্ল্যান, যদি থাকে তবে তার প্রমাণ প্রদান করতে হবে। আমি এও জানি যে EPIC-এ নথিভুক্ত হওয়ার জন্য আমার একটি Medicare পার্ট ডি ড্রাগ প্লানে নথিভুক্ত হওয়া আবশ্যিক। আমি বুঝেছি যে কোনো পার্ট ডি প্লানে, অথবা যোগ্য হলে, Medicare ভর্তুকি (অতিরিক্ত সহায়তা) (Extra Help)-এ নথিভুক্ত হওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় শনাক্তকরণ তথ্য প্রদান আমি করতে না পারলে তার ফলস্বরূপ EPIC কভারেজ বন্ধ করা হতে পারে। আমার যোগ্যতা যাচাই করার জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য EPIC, সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন, Medicare, NYS Medicaid প্রোগ্রাম, NYS কর বিভাগ (Tax Department), Medicare পার্ট ডি ড্রাগ প্ল্যান এবং অন্য যেকোনো প্রয়োজনীয় সংস্থার মধ্যে বিনিময়ের বিষয়টিতে আমি সম্মতি দিচ্ছি। EPIC দ্বারা ডুপ্লিকেট বা অতিরিক্ত পেমেন্টের ক্ষেত্রে, আমি EPIC-কে যেকোনো ওষুধের সুবিধা বরাদ্দ করছি যা আমি কোনো পার্ট ডি বা সরকারী প্লানের অধীনে পাওয়ার অধিকারী হতে পারি। আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের পেমেন্ট, অডিট বা সম্পর্কিত স্বাস্থ্যসংক্রান্ত শুশ্রূষার কাজকর্মে ব্যবহার করার জন্য EPIC প্রোগ্রামকে প্রেসক্রিপশন এবং/অথবা রোগ নির্ণয় সম্পর্কিত আমার চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

আপনাকে (এবং একসাথে বসবাস করলে আপনার স্বামী/স্ত্রীকে) অবশ্যই নিচে স্বাক্ষর করতে হবে:

আপনার স্বাক্ষর (আইনি প্রতিনিধিত্ব)

তারিখ

স্বামী/স্ত্রীর স্বাক্ষর (আইনি প্রতিনিধিত্ব)

তারিখ

সতর্কতা: আপনি যদি "অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help)" -এর জন্য যোগ্য হন এবং হয় 4-22 লাইনগুলি সম্পূর্ণ না করেন বা আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নির্ধারণ পত্রের একটি কপি প্রদান না করেন, তাহলে আপনার আবেদনটি অসম্পূর্ণ বলে বিবেচিত হবে।

এই সম্পূর্ণ করা ফর্মটি ডাকযোগে এই ঠিকানায় পাঠান:

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

বা এই নম্বরে ফ্যাক্স করুন: (518) 452-3576



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

EPIC-এর হাবের তফসিল

ফি প্লানের তফসিল

বার্ষিক আয়	বার্ষিক ফি
\$6,000 পর্যন্ত	\$8
\$ 6,001 – \$ 7,000	\$16
\$ 7,001 – \$ 8,000	\$22
\$ 8,001 – \$ 9,000	\$28
\$ 9,001 – \$10,000	\$36
\$10,001 – \$11,000	\$40
\$11,001 – \$12,000	\$46
\$12,001 – \$13,000	\$54
\$13,001 – \$14,000	\$60
\$14,001 – \$15,000	\$80
\$15,001 – \$16,000	\$110
\$16,001 – \$17,000	\$140
\$17,001 – \$18,000	\$170
\$18,001 – \$19,000	\$200
\$19,001 – \$20,000	\$230
\$20,000 –এর উপর	বদযোগ্য পরিমাণ সহ প্ল্যান দেখুন

যৌথ বার্ষিক আয়	বার্ষিক ফি (প্রতিটি ব্যক্তি)
\$ 6,000 পর্যন্ত	\$ 8
\$ 6,001 – \$ 7,000	\$12
\$ 7,001 – \$ 8,000	\$16
\$ 8,001 – \$ 9,000	\$20
\$ 9,001 – \$10,000	\$24
\$10,001 – \$11,000	\$28
\$11,001 – \$12,000	\$32
\$12,001 – \$13,000	\$36
\$13,001 – \$14,000	\$40
\$14,001 – \$15,000	\$40
\$15,001 – \$16,000	\$84
\$16,001 – \$17,000	\$106
\$17,001 – \$18,000	\$126
\$18,001 – \$19,000	\$150
\$19,001 – \$20,000	\$172
\$20,001 – \$21,000	\$194
\$21,001 – \$22,000	\$216
\$22,001 – \$23,000	\$238
\$23,001 – \$24,000	\$260
\$24,001 – \$25,000	\$275
\$25,001 – \$26,000	\$300
\$26,000 –এর উপর	বদযোগ্য পরিমাণ সহ প্ল্যান দেখুন



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

EPIC-এর হাবের তফসিল

বাদযোগ্য পরিমাণ থাকা প্ল্যানের তফসিল

শেডযুক্ত স্থান- আপনার EPIC-এর বাদযোগ্য পরিমাণগুলি দেখানো পরিমাণের চেয়ে কম হবে।

বার্ষিক আয়	বার্ষিক বাদযোগ্য পরিমাণ	যৌথ বার্ষিক আয়	বার্ষিক বাদযোগ্য পরিমাণ (প্রতি ব্যক্তি)	যৌথ বার্ষিক আয়	বার্ষিক বাদযোগ্য পরিমাণ (প্রতি ব্যক্তি)
\$20,000-এর নিচে	ফি প্ল্যান দেখুন	\$26,000-এর নিচে	ফি প্ল্যান দেখুন	\$60,001 - \$61,000	\$2,045
\$20,001 - \$21,000	\$530	\$26,001 - \$27,000	\$650	\$61,001 - \$62,000	\$2,075
\$21,001 - \$22,000	\$550	\$27,001 - \$28,000	\$675	\$62,001 - \$63,000	\$2,105
\$22,001 - \$23,000	\$580	\$28,001 - \$29,000	\$700	\$63,001 - \$64,000	\$2,135
\$23,001 - \$24,000	\$720	\$29,001 - \$30,000	\$725	\$64,001 - \$65,000	\$2,165
\$24,001 - \$25,000	\$750	\$30,001 - \$31,000	\$900	\$65,001 - \$66,000	\$2,195
\$25,001 - \$26,000	\$780	\$31,001 - \$32,000	\$930	\$66,001 - \$67,000	\$2,225
\$26,001 - \$27,000	\$810	\$32,001 - \$33,000	\$960	\$67,001 - \$68,000	\$2,255
\$27,001 - \$28,000	\$840	\$33,001 - \$34,000	\$990	\$68,001 - \$69,000	\$2,285
\$28,001 - \$29,000	\$870	\$34,001 - \$35,000	\$1,020	\$69,001 - \$70,000	\$2,315
\$29,001 - \$30,000	\$900	\$35,001 - \$36,000	\$1,050	\$70,001 - \$71,000	\$2,345
\$30,001 - \$31,000	\$930	\$36,001 - \$37,000	\$1,080	\$71,001 - \$72,000	\$2,375
\$31,001 - \$32,000	\$960	\$37,001 - \$38,000	\$1,110	\$72,001 - \$73,000	\$2,405
\$32,001 - \$33,000	\$1,160	\$38,001 - \$39,000	\$1,140	\$73,001 - \$74,000	\$2,435
\$33,001 - \$34,000	\$1,190	\$39,001 - \$40,000	\$1,170	\$74,001 - \$75,000	\$2,465
\$34,001 - \$35,000	\$1,230	\$40,001 - \$41,000	\$1,200	\$75,001 - \$76,000	\$2,495
\$35,001 - \$36,000	\$1,260	\$41,001 - \$42,000	\$1,230	\$76,001 - \$77,000	\$2,525
\$36,001 - \$37,000	\$1,290	\$42,001 - \$43,000	\$1,260	\$77,001 - \$78,000	\$2,555
\$37,001 - \$38,000	\$1,320	\$43,001 - \$44,000	\$1,290	\$78,001 - \$79,000	\$2,585
\$38,001 - \$39,000	\$1,350	\$44,001 - \$45,000	\$1,320	\$79,001 - \$80,000	\$2,615
\$39,001 - \$40,000	\$1,380	\$45,001 - \$46,000	\$1,350	\$80,001 - \$81,000	\$2,645
\$40,001 - \$41,000	\$1,410	\$46,001 - \$47,000	\$1,380	\$81,001 - \$82,000	\$2,675
\$41,001 - \$42,000	\$1,440	\$47,001 - \$48,000	\$1,410	\$82,001 - \$83,000	\$2,705
\$42,001 - \$43,000	\$1,470	\$48,001 - \$49,000	\$1,440	\$83,001 - \$84,000	\$2,735
\$43,001 - \$44,000	\$1,500	\$49,001 - \$50,000	\$1,470	\$84,001 - \$85,000	\$2,765
\$44,001 - \$45,000	\$1,530	\$50,001 - \$51,000	\$1,500	\$85,001 - \$86,000	\$2,795
\$45,001 - \$46,000	\$1,560	\$51,001 - \$52,000	\$1,530	\$86,001 - \$87,000	\$2,825
\$46,001 - \$47,000	\$1,590	\$52,001 - \$53,000	\$1,560	\$87,001 - \$88,000	\$2,855
\$47,001 - \$48,000	\$1,620	\$53,001 - \$54,000	\$1,590	\$88,001 - \$89,000	\$2,885
\$48,001 - \$49,000	\$1,650	\$54,001 - \$55,000	\$1,620	\$89,001 - \$90,000	\$2,915
\$49,001 - \$50,000	\$1,680	\$55,001 - \$56,000	\$1,650	\$90,001 - \$91,000	\$2,945
\$50,001 - \$51,000	\$1,710	\$56,001 - \$57,000	\$1,680	\$91,001 - \$92,000	\$2,975
\$51,001 - \$52,000	\$1,740	\$57,001 - \$58,000	\$1,710	\$92,001 - \$93,000	\$3,005
\$52,001 - \$53,000	\$1,770	\$58,001 - \$59,000	\$1,740	\$93,001 - \$94,000	\$3,035
\$53,001 - \$54,000	\$1,800	\$59,001 - \$60,000	\$1,770	\$94,001 - \$95,000	\$3,065
\$54,001 - \$55,000	\$1,830		\$1,800	\$95,001 - \$96,000	\$3,095
\$55,001 - \$56,000	\$1,860		\$1,830	\$96,001 - \$97,000	\$3,125
\$56,001 - \$57,000	\$1,890		\$1,860	\$97,001 - \$98,000	\$3,155
\$57,001 - \$58,000	\$1,920		\$1,890	\$98,001 - \$99,000	\$3,185
\$58,001 - \$59,000	\$1,950		\$1,920	\$99,001 - \$100,000	\$3,215
\$59,001 - \$60,000	\$1,980		\$1,950		
\$60,001 - \$61,000	\$2,010		\$1,980		
\$61,001 - \$62,000	\$2,040		\$2,010		
\$62,001 - \$63,000	\$2,070		\$2,040		
\$63,001 - \$64,000	\$2,100		\$2,070		
\$64,001 - \$65,000	\$2,130		\$2,100		
\$65,001 - \$66,000	\$2,160		\$2,130		
\$66,001 - \$67,000	\$2,190		\$2,160		
\$67,001 - \$68,000	\$2,220		\$2,190		
\$68,001 - \$69,000	\$2,250		\$2,220		
\$69,001 - \$70,000	\$2,280		\$2,250		
\$70,001 - \$71,000	\$2,310		\$2,280		
\$71,001 - \$72,000	\$2,340		\$2,310		
\$72,001 - \$73,000	\$2,370		\$2,340		
\$73,001 - \$74,000	\$2,400		\$2,370		
\$74,001 - \$75,000	\$2,430		\$2,400		
\$75,000 -এর উপর	যোগ্য নয়		\$2,430		
				\$100,000 -এর উপর হলে	যোগ্য নয়

অবিবাহিত

বিবাহিত