

অনুগ্রহ করে প্রতিবার আপনি যখন খরচ ফেরত অনুরোধ করছেন তখন এই খরচ ফেরত পাওয়ার অনুরোধের আবেদন ফর্মটি পূরণ করুন এবং যে ধরনের খরচ ফেরতের জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে তার জন্য প্রযোজ্য ফর্মগুলি সংযুক্ত করুন।

জীবিত অঙ্গদাতার নামের প্রথম অংশ	পদবী	জন্ম তারিখ

ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার: \_\_\_\_\_

আবেদনকারী নম্বর (যোগ্যতা অনুমোদনের সময় দেওয়া হয়েছে): \_\_\_\_\_

এই খরচ ফেরত আবেদনটি জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার কোন পর্যায়ের জন্য? (আপনার অনুরোধের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হলে একাধিক পর্যায়ে নির্বাচন করুন)

- মূল্যায়ন/অস্ত্রোপচার-পূর্ব  
 অস্ত্রোপচার/সুস্থ হয়ে ওঠা  
অস্ত্রোপচারের তারিখ: \_\_\_\_\_  
 ফলো-আপ  
অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ(গুলি) (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

এই পর্যায়ে খরচ ফেরতের জন্য আবেদন করার সময় অনুগ্রহ করে আপনার মূল্যায়নের ফলাফল চিহ্নিত করুন (যদি জানা থাকে):

- ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার আমাকে অস্ত্রোপচারের জন্য এগিয়ে যাওয়ার অনুমোদন দিয়েছে  
 ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার আমাকে অস্ত্রোপচারের জন্য এগিয়ে যাওয়ার অনুমোদন দেয়নি  
 অন্যান্য, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন: \_\_\_\_\_

অনুগ্রহ করে আপনার খরচ সম্পর্কে আমাদের বলুন। সম্পূর্ণ পর্যালোচনার জন্য এই আবেদনের সাথে আপনার ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার থেকে অ্যাপয়েন্টমেন্ট(গুলি)-র বিস্তারিত রসিদ এবং যাচাইকরণের প্রয়োজন।

এই দাবিতে আপনি কোন-কোন খরচের জন্য খরচ ফেরত চাইছেন? (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন)

- নির্ভরশীলদের পরিচর্যার খরচ ফেরত পাওয়া  
 সহায়ক ব্যক্তির খরচ ফেরত পাওয়া  
 খরচ ফেরত পাওয়া যায়নি এমন চিকিৎসা এবং/ অথবা ওষুধ  
 মজুরির ক্ষতি বা হারানো সময়ের খরচ  
 নিজের জন্য ভ্রমণ/লজিং খরচ ফেরত পাওয়া

অনুগ্রহ করে খরচ ফেরতের যে বিভাগগুলি আপনি এই মুহূর্তে চাইছেন না সেই খরচের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয় এমন বিভাগগুলি এড়িয়ে যান।

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## শিশু পরিচর্যা

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম (Living Donor Support Program) জীবিত অঙ্গদাতার শিশু পরিচর্যার খরচ ফেরত দেয় যা কাউকে তাদের শিশু(দের) পরিচর্যা নেওয়ার জন্য অর্থ প্রদান করতে গিয়ে হয়েছে, যা সাধারণত জীবিত অঙ্গদাতা প্রদান করেন কিন্তু জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার কারণে তারা নিজেরা সেই পরিচর্যা প্রদান করতে অক্ষম। লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম অন্যদের দ্বারা প্রদত্ত শিশু পরিচর্যার খরচ ফেরত দেয় না যা জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়া শুরু হওয়ার আগে থেকেই ছিল। প্রতিবন্ধী শিশু, নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক এবং বয়স্কদের পরিচর্যার জন্য একটি নির্দিষ্ট ফর্ম রয়েছে কারণ তাদের হার এবং খরচ ফেরত ভিন্ন হয়। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আপনি উপযুক্ত ফর্মটি নির্বাচন করেছেন।

## নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম শিশু পরিচর্যার খরচ ফেরত পাওয়ার ফর্ম

পরিচর্যা গ্রহণকারী ব্যক্তি(দের) নাম	জন্ম তারিখ
নির্ভরশীলদের পরিচর্যা প্রদানকারী(দের) নাম	শিশু(দের) সাথে প্রদানকারীর সম্পর্ক

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম শিশু পরিচর্যার জন্য খরচ ফেরতের সর্বোচ্চ হার নির্ধারণ করেছে। একাধিক শিশুর জন্য পরিচর্যা প্রদান করা হলে খরচ ফেরত এমন হারে হবে যা “2 বছরের কম বয়সী ক্যাটাগরি” (Under 2 category)-র সমতুল্য।

অনুগ্রহ করে তারিখ (mm/dd/yyyy) এবং সেই দিনে কত ঘণ্টা শিশু পরিচর্যা প্রদান করা হয়েছিল তা উল্লেখ করুন:

রবিবার	সোমবার	মঙ্গলবার	বুধবার	বৃহস্পতিবার	শুক্রবার	শনিবার
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

**নিচের বিবৃতিগুলি পড়ার পর অনুগ্রহ করে আপনার নির্ধারিত বিভাগে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন**

আমি প্রত্যয়ন করছি বা সাক্ষ্য দিচ্ছি যে আমার অন্তত একটি নির্ভরশীল শিশু আছে যে পরিচর্যার জন্য আমার উপর নির্ভর করে, এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার মাধ্যমে আমাকে শিশু পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করতে হয়েছে যা আমি সাধারণত প্রদান করি না। আমি বুঝি যে লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম শুধুমাত্র আমার নির্ভরশীলদের অন্যদের কাছ থেকে অতিরিক্ত পরিচর্যার প্রয়োজনের জন্য অর্থ প্রদান করবে যা আমার উপর জীবিত অঙ্গদাতা প্রক্রিয়ার চাহিদার কারণে হয়েছে, উদাহরণস্বরূপ, আমি যখন সাধারণত কাজে থাকি তখন তারা যে পরিচর্যা ইতিমধ্যে পেতে পারে তার জন্য নয়।

জীবিত অঙ্গদাতার স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

আমি প্রত্যয়ন করছি বা সাক্ষ্য দিচ্ছি যে এই ফর্মে প্রদত্ত তথ্য সঠিক এবং রেকর্ড করা তারিখ এবং ঘণ্টার জন্য শিশু পরিচর্যা আমি নিজেই করেছি।

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

**শংসাপত্র প্রদান**

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্য ন্যায্য, সত্য এবং সঠিক, এবং দাবিকৃত পরিমাণগুলি প্রয়োজনীয় ছিল এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার সময় খরচ হয়েছে।

স্বাক্ষর:

তারিখ:

**FOR AGENCY USE ONLY**

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## নির্ভরশীলদের পরিচর্যা (প্রতিবন্ধী শিশু, নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক, বয়স্কদের পরিচর্যা)

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম নির্ভরশীলদের পরিচর্যার খরচ ফেরত দিতে পারে যা সাধারণত জীবিত অঙ্গদাতা করে থাকেন যা এখনও প্রয়োজন কিন্তু জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার কারণে জীবিত অঙ্গদাতা করতে পারছেন না। এতে ইতিমধ্যে বিদ্যমান নির্ভরশীলদের পরিচর্যা অন্তর্ভুক্ত করা হবে না। শিশু পরিচর্যার জন্য একটি নির্দিষ্ট ফর্ম রয়েছে কারণ তাদের হার এবং খরচ ফেরত ভিন্ন হয়। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আপনি উপযুক্ত ফর্মটি নির্বাচন করেছেন।

## নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম

## প্রতিবন্ধী শিশু, নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক, বয়স্কদের পরিচর্যা বাবদ খরচ ফেরত পাওয়ার ফর্ম

পরিচর্যা গ্রহণকারী ব্যক্তি(দের) নাম	জন্ম তারিখ
নির্ভরশীলদের পরিচর্যা প্রদানকারী(দের) নাম	শিশু(দের) সাথে প্রদানকারীর সম্পর্ক

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম প্রতিবন্ধী শিশু, নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক এবং/অথবা বয়স্কদের পরিচর্যার জন্য খরচ ফেরতের সর্বোচ্চ হার নির্ধারণ করেছে।

অনুগ্রহ করে তারিখ (mm/dd/yyyy) এবং সেই দিনে কত ঘণ্টা নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক/বয়স্কদের পরিচর্যা প্রদান করা হয়েছিল তা উল্লেখ করুন:

রবিবার	সোমবার	মঙ্গলবার	বুধবার	বৃহস্পতিবার	শুক্রবার	শনিবার
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:

প্রতিবন্ধী শিশু বা নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্কের পরিচর্যার খরচ ফেরতের জন্য আবেদন করলে, উপযুক্ত ক্রেডেনশিয়াল বা প্রমাণপত্রসহ প্রদানকারীর দ্বারা যোগ্য রোগ নির্ণয়ের নথিপত্র এবং ডকুমেন্টেশন অন্তর্ভুক্ত করুন।

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

**OFFICE USE ONLY**

Application #:

Applicant #:

**নিচের বিবৃতিগুলি পড়ার পর অনুগ্রহ করে আপনার নির্ধারিত বিভাগে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন**

আমি প্রত্যয়ন করছি বা সাক্ষ্য দিচ্ছি যে আমার অন্তত একজন নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক বা বয়স্ক ব্যক্তি আছেন যিনি পরিচর্যার জন্য আমার উপর নির্ভর করেন, এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার মাধ্যমে আমাকে সেই পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করতে হয়েছে যা আমি সাধারণত প্রদান করি না। আমি বুঝি যে লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম আমার নির্ভরশীলরা ইতিমধ্যে যে পরিচর্যা পায় তার জন্য কোনো অর্থ প্রদান করবে না, যেমন আমি যখন সাধারণত কাজে থাকি তখনকার পরিচর্যা।

জীবিত অঙ্গদাতার স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

আমি প্রত্যয়ন করছি বা সাক্ষ্য দিচ্ছি যে এই ফর্মে প্রদত্ত তথ্য সঠিক এবং রেকর্ড করা তারিখ এবং ঘণ্টার জন্য নির্ভরশীল প্রাপ্তবয়স্ক/বয়স্কদের পরিচর্যা আমি নিজেই করেছি।

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

**শংসাপত্র প্রদান**

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্য ন্যায্য, সত্য এবং সঠিক, এবং দাবিকৃত পরিমাণগুলি প্রয়োজনীয় ছিল এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার সময় খরচ হয়েছে।

স্বাক্ষর:

তারিখ:

**FOR AGENCY USE ONLY**

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## জীবিত অঙ্গদাতার ভ্রমণ খরচ (লজিং, পরিবহন, খাবার)

ভ্রমণ খরচের জন্য যুক্তিসঙ্গত খরচ ফেরত নির্ধারণে U.S. জেনারেল সার্ভিসেস অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (U.S. General Services Administration, GSA) রেট ব্যবহার করা হয়। যে এলাকা এবং বছরে অঙ্গ দান হয় তার জন্য GSA রেট অনুযায়ী খরচ ফেরত দেওয়া হবে। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে GSA রেট হলো প্রোগ্রামটি সর্বোচ্চ যা খরচ ফেরত দিতে পারে, কিন্তু যখন রসিদগুলি GSA রেটের চেয়ে কম খরচ নির্দেশ করে তখন দাতা সেই পরিমাণেই খরচ ফেরত পাবেন। লজিং, খাবার এবং পরিবহনের জন্য নির্দিষ্ট বিভাগ রয়েছে। বর্তমান GSA রেট [www.gsa.gov/travel](http://www.gsa.gov/travel)-এ পাওয়া যাবে। ভ্রমণের যে ক্ষেত্রগুলির জন্য আপনি খরচ ফেরত অনুরোধ করছেন সেগুলি পূরণ করুন। প্রতিটি বিভাগ অতিরিক্ত রসিদগুলি যা সংযুক্ত করতে হবে সে সম্পর্কে নির্দেশনা প্রদান করবে।

## লজিং

অনুগ্রহ করে নিচে তারিখ(গুলি) এবং জীবিত অঙ্গদাতা প্রক্রিয়ার পর্যায়(গুলি) উল্লেখ করুন যার জন্য আপনি রাতে লজিং খরচের ফেরত চাইছেন। লজিং খরচের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত রসিদ সংযুক্ত করুন

\***দ্রষ্টব্য:** লজিং সম্পর্কিত খরচ ফেরত পাওয়ার যোগ্য হতে হলে প্রোগ্রাম দ্বারা নির্ধারিত ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার থেকে জীবিত অঙ্গদাতাকে এক-দিকে 75 মাইল দূরে বাস করতে হবে।

হোটেল	মূল্যায়ন	অঙ্গোপচার এবং সুস্থ হয়ে ওঠা	ফলো-আপ
	থেকে	থেকে	থেকে
	থেকে	থেকে	থেকে
	থেকে	থেকে	থেকে

## খাবার

অনুগ্রহ করে নিচে তারিখ(গুলি) এবং জীবিত অঙ্গদাতা প্রক্রিয়ার পর্যায়(গুলি) উল্লেখ করুন যার জন্য আপনি খাবারের খরচের ফেরত চাইছেন। প্রোগ্রামের নীতি অনুযায়ী, শুধুমাত্র যখন জীবিত অঙ্গদাতার লজিং-এর প্রয়োজন হয় তখনই খাবারের খরচ ফেরত দেওয়া হবে। খাবারের রসিদের প্রয়োজন হবে না।

খাবার	মূল্যায়ন	অঙ্গোপচার এবং সুস্থ হয়ে ওঠা	ফলো-আপ
	থেকে	থেকে	থেকে
	থেকে	থেকে	থেকে
	থেকে	থেকে	থেকে

## পরিবহন

এই বিভাগটি পূরণ করার সময়, শুরু এবং শেষের অবস্থানের নিচে, অনুগ্রহ করে অবস্থানের বিবরণ এবং ঠিকানা উল্লেখ করুন। একটি বিবরণ হতে পারে একটি হোটেল, বাড়ি, ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টার ইত্যাদি। প্রতিটি ভ্রমণের জন্য পূরণ করুন (যাওয়া-আসা (রাউন্ড ট্রিপ) অন্তর্ভুক্ত করবেন না)। নিচে উদাহরণ দেখুন। অনুগ্রহ করে কোনো টিকিট, রসিদ বা ভ্রমণের প্রমাণ সংযুক্ত করুন।

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:



## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## সহায়ক ব্যক্তির ভ্রমণ খরচ

নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিডিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারে প্রতি ভ্রমণে একবারে একজন সহায়ক ব্যক্তির জন্য অর্থ প্রদান করতে পারে। একজন সহায়ক ব্যক্তিকে জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার সমস্ত ধাপে মোট 20 দিন পর্যন্ত দৈনিক \$100 এর নির্দিষ্ট হারে খরচ ফেরত দেওয়া হয়।

## সহায়ক ব্যক্তির তথ্য

সহায়ক ব্যক্তির নামের প্রথম অংশ	পদবী	দাতার সাথে সম্পর্ক

অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন আপনার সহায়ক ব্যক্তি কত দিন আপনার সাথে ছিলেন এবং তারা কোন তারিখগুলিতে সহায়তা প্রদান করেছেন।

সহায়তার দিনের সংখ্যা: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_ থেকে \_\_\_\_\_

## নিচের বিবৃতিগুলি পড়ার পর অনুগ্রহ করে আপনার নির্ধারিত বিভাগে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন

আমি প্রত্যয়ন করছি বা সাক্ষ্য দিচ্ছি যে চিহ্নিত সহায়ক ব্যক্তি প্রদত্ত তারিখগুলিতে ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারে শারীরিকভাবে আমার সাথে ছিলেন।

জীবিত অঙ্গদাতার স্বাক্ষর:

তারিখ:

আমি প্রত্যয়ন করছি বা সাক্ষ্য দিচ্ছি যে আমি প্রদত্ত তারিখগুলিতে ট্রান্সপ্লান্ট সেন্টারে জীবিত অঙ্গদাতার সাথে শারীরিকভাবে ছিলাম এবং আমার ব্যক্তিগত খরচ হয়েছে।

সহায়ক ব্যক্তির স্বাক্ষর:

তারিখ:

## শংসাপত্র প্রদান

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্য ন্যায্য, সত্য এবং সঠিক, এবং দাবিকৃত পরিমাণগুলি প্রয়োজনীয় ছিল এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার সময় খরচ হয়েছে।

স্বাক্ষর:

তারিখ:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## মজুরির খরচ ফেরত

মজুরির খরচ ফেরতের জন্য আবেদন করতে, আপনাকে ইতিমধ্যে প্রয়োজনীয় পে স্টাব, W-2/1099 এবং নিয়োগকর্তার যাচাইকরণ ফর্ম জমা দিতে হবে। লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর কাছে কোনো অনুরোধ করার আগে আপনার জন্য উপলব্ধ যেকোনো তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারীকে ব্যবহার করতে হবে। কিছু উদাহরণের মধ্যে রয়েছে স্বল্পমেয়াদী অক্ষমতা বা নিয়োগকর্তার কোনো প্রোগ্রাম যা আপনার সাধারণ ছুটির বাইরে ছুটি অফার করে।

লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম মোট 4 সপ্তাহ পর্যন্ত হারানো মজুরির খরচ ফেরত দিতে পারে, যদি না আপনার মেডিক্যাল প্রোভাইডার দ্বারা নির্ধারিত বিশেষ পরিস্থিতি থাকে, যেমন দাতার শারীরিকভাবে পরিশ্রমসাধ্য কাজ থাকা। বিশেষ পরিস্থিতি নথিভুক্ত থাকলে, প্রোগ্রামটি জীবিত অঙ্গদাতার মোট 8 সপ্তাহ পর্যন্ত হারানো মজুরির খরচ ফেরত দিতে পারে। অনুগ্রহ করে মেডিক্যাল প্রোভাইডার সংক্রান্ত নথিপত্র সংযুক্ত করুন যা নির্দেশ করে যে কোন বিশেষ পরিস্থিতির কারণে 4 সপ্তাহের বেশি কাজের বাইরে থাকা প্রয়োজন। প্রোগ্রামের নীতি অনুযায়ী, প্রক্রিয়ার মূল্যায়ন পর্যায়ের জন্য 2 দিনের হারানো মজুরি এবং ফলো-আপ পর্যায়ে প্রতি অফিস ভিজিটের জন্য 1 দিনের হারানো মজুরির খরচ ফেরত দেওয়া যাবে।

## নিউ ইয়র্ক স্টেট-লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম

## মজুরি খরচ ফেরত পাওয়ার ফর্ম

অনুগ্রহ করে নির্দেশ করুন আপনার জন্য কোন তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারী উপলব্ধ রয়েছে। এটি নিয়োগকর্তার সুবিধা, প্রাপকের বিমা বা অন্যান্য উৎসের মাধ্যমে হতে পারে: \_\_\_\_\_

আপনি কি এই উৎসগুলি থেকে খরচ ফেরত চেয়েছেন? \_\_\_\_\_

আপনি কি এই উৎসগুলি থেকে খরচ ফেরত পেয়েছেন? \_\_\_\_\_

যদি তাই হয়, তবে অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন আপনি কিসের জন্য খরচ ফেরত পেয়েছেন এবং প্রাপ্ত পরিমাণ কত?

\*কোনো তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারী ব্যবহার করার সময় অনুগ্রহ করে এই খরচ ফেরতের অনুরোধের সাথে নথিপত্র সংযুক্ত করুন। নথিপত্রে অর্থপ্রদানকারীর উৎসের স্পষ্ট বিবরণ এবং খরচ ফেরতের প্রমাণ অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে। যা প্রদান করা হয়েছে তা স্পষ্ট না হলে প্রোগ্রাম আরও নথিপত্র চাইতে পারে, যা লিভিং ডোনার সাপোর্ট প্রোগ্রাম-এর খরচ ফেরত পাওয়ার অপেক্ষার সময় বাড়িয়ে দিতে পারে।

## কাজের বাইরে সময়

1. আপনি কত দিন ধরে কাজের বাইরে আছেন? \_\_\_\_\_

2. আপনি কত দিন কাজের বাইরে থাকবেন বলে আশা করছেন? \_\_\_\_\_

3. আপনার কাছে কি নথিপত্র আছে যে আপনার কাজ বিশেষ বিবেচনার সংজ্ঞার উপর ভিত্তি করে 8 সপ্তাহ পর্যন্ত মজুরি খরচ ফেরত পাওয়ার যোগ্য? \_\_\_\_\_

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

অনুগ্রহ করে সমস্ত তারিখ (mm/dd/yyyy) এবং কাজের ঘণ্টা উল্লেখ করুন যার জন্য আপনি খরচ ফেরত চাইছেন:

রবিবার	সোমবার	মঙ্গলবার	বুধবার	বৃহস্পতিবার	শুক্রবার	শনিবার
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:
তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:	তারিখ: ঘণ্টা সংখ্যা:

এই অনুরোধের জন্য মোট ঘণ্টা: \_\_\_\_\_

## শংসাপত্র প্রদান

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্য ন্যায্য, সত্য এবং সঠিক, এবং দাবিকৃত পরিমাণগুলি প্রয়োজনীয় ছিল এবং জীবিত অবস্থায় অঙ্গদান প্রক্রিয়ার সময় খরচ হয়েছে।

স্বাক্ষর:

তারিখ:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

## OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

## চিকিৎসা খরচ

এই বিভাগটি পূরণ করার সাথে-সাথে স্বাস্থ্য বিমা বা তৃতীয় পক্ষের অর্থপ্রদানকারীদের দ্বারা কভার না করা চিকিৎসা খরচের রসিদ/প্রত্যাহ্যনের সংযুক্তি প্রয়োজন হবে।

## অঙ্গ দানের সাথে সরাসরি সম্পর্কিত চিকিৎসা খরচ

## দাবিকৃত পরিমাণ

অঙ্গ দানের জন্য অপরিশোধিত/খরচ ফেরত পাওয়া যায়নি এমন প্রেসক্রিপশন ওষুধ (প্রেসক্রিপশন ছাড়া উপলব্ধ ওষুধ সহ)


অন্যান্য অপরিশোধিত/ফেরত পাওয়া যায়নি এমন চিকিৎসা খরচ (অনুগ্রহ করে নিচে অপরিশোধিত/ফেরত পাওয়া যায়নি এমন চিকিৎসা খরচের বিবরণ দিন)


মোট ওষুধ এবং চিকিৎসা খরচের দাবিকৃত খরচ:

## শংসাপত্র প্রদান

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে উপরের হিসাব এবং সংযুক্ত সময়সূচীগুলি ন্যায্য, সত্য এবং সঠিক, যে এর কোনো অংশ পরিশোধ করা হয়নি, শুধুমাত্র যা সেখানে বলা হয়েছে তা ছাড়া, এবং সেখানে বলা ব্যালেন্স বা স্থিতি আসলে বকেয়া এবং পাওনা, এবং দাবিকৃত পরিমাণগুলি আমার সরকারি দায়িত্ব পালনে প্রয়োজনীয় এবং খরচ হয়েছে।

স্বাক্ষর:

তারিখ:

## FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: