

কোম্পানির লোগো
Company Logo

মেডিকেলের প্রত্যয়ন ফর্ম Medical Certification Form

চিকিৎসক এবং জনস্বাস্থ্য কর্মকর্তাদের উদ্দেশ্যে: এই ফর্ম এই রোগীর শারীরিক অবস্থা যাচাই করতে আপনার ব্যবহারের জন্য মিশিগান পাবলিক সার্ভিস কমিশন কর্তৃক অনুমোদিত হয়েছে যা ইউটিলিটি সেবা বন্ধ করার উপর স্থগিতাদেশকে ন্যায়সঙ্গত করে।

To Physicians and Public Health Officials: This form has been approved by the Michigan Public Service Commission for your use in verifying a medical condition of this patient that justifies a hold on shutting off utility service.

নির্দেশনা

গ্রাহক ইউটিলিটি সেবা বন্ধ স্থগিত করা অথবা সেবা পুনরুদ্ধার করার জন্য স্বাক্ষরিত মেডিকেল বিষয়ক জরুরি অবস্থা হোল্ড করার অনুরোধ সরবরাহ করতে পারেন। বিদ্যুৎ চালু থাকার জন্য, এই প্রত্যয়ন পত্র পূরণ করতে হবে এবং ৩ কার্যদিবসের মধ্যে আপনার ইউটিলিটিতে ফেরত দিতে হবে। ইউটিলিটি সেবা যদি আবশ্যিক হয়, তাহলে সেবা না পাওয়ার ক্ষেত্রে আপনাকে অবশ্যই অন-সাইট ব্যাক-আপ সক্ষমতা বা বিকল্পের জন্য অন্যান্য ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

যদি কোনো গ্রাহক নিচে তালিকাভুক্ত অতিরিক্ত প্রয়োজনীয় তথ্যসহ কোনো চিকিৎসক বা জনস্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষরিত মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থা হোল্ড করার অনুরোধ জমা দেন তাহলে

কমপক্ষে ২১ দিনের জন্য

বিচ্ছিন্নকরণ স্থগিত করবে এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে সেবা পুনরুদ্ধার করা হবে। অর্থ পরিশোধ না করার ফলে সংযোগ বিচ্ছিন্ন হওয়ার কারণে গ্রাহককে সেবা পুনরুদ্ধারের জন্য অ্যাকাউন্টে জামানত চার্জ করা হতে পারে।

এই ফর্মের অনুমোদন অনির্দিষ্টকালের জন্য বিচ্ছিন্ন হওয়া রোধ করে

না। ভবিষ্যতে সেবা বিচ্ছিন্ন হওয়া এড়ানোর জন্য আপনাকে অবশ্যই অপরিশোধিত বিল নিষ্পত্তির পদক্ষেপ নিতে হবে। আমরা আপনাকে এনার্জি বিল পরিশোধে সাহায্য করতে উপলভ্য কর্মসূচি খুঁজে পেতে

ভিজিট করতে

উৎসাহিত করি। আপনি বিনামূল্যে গোপনীয় সেবার জন্য 211 নম্বরে ইউনাইটেড ওয়েতে যোগাযোগ করতে পারেন যা স্টেট জুড়ে স্থানীয় কমিউনিটিভিত্তিক সংস্থার সাথে লোকদের সংযুক্ত করে যা ইউটিলিটি বিষয়ক সহায়তা এবং অন্যান্য প্রয়োজনে সহায়তা করতে পারে।

Instructions

A customer may provide a signed medical emergency hold request to postpone the discontinuance of utility service or restore service. For power to remain on, this certificate needs to be completed and returned to your utility within 3 business days. If utility service is a necessity, you must make other arrangements for on-site back-up capabilities or other alternatives in the event of loss of service.

If a customer submits a medical emergency hold request signed by a physician or public health official, along with the additional required information listed below, will suspend shutoff action for at least 21 days, and services will be restored, where applicable. The customer may be charged a deposit to the account for service restoration due to disconnection for nonpayment.

Approval of this form does not prevent shut offs indefinitely. You must take steps to resolve unpaid bills to avoid service termination in the future. We encourage you to visit to find available programs to assist with paying energy bills. You may also contact the United Way at 211 for free confidential service that links people with local community based organizations across the state that can help with utility assistance and other needs.

এই সংজ্ঞাগুলো এই ফর্ম ব্যবহারের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য:

মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থা - এই মেডিকেল প্রত্যয়ন ফর্মে একজন চিকিৎসক বা জনস্বাস্থ্য কর্মকর্তা কর্তৃক সংজ্ঞায়িত ও প্রত্যয়িত গ্রাহক বা গ্রাহকের পরিবারের সদস্যের বিদ্যমান মেডিকেল অবস্থা, যা ইউটিলিটি সেবা না থাকলে আরো খারাপ হবে। গ্রাহক বা গ্রাহকের পরিবারের সদস্যের প্রত্যয়িত মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থা থাকলে কোনো ইউটিলিটি ২১ দিনের বেশি সংযোগ বিচ্ছিন্নকরণ স্থগিত করবে না। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, বিচ্ছিন্নকরণ স্থগিতাদেশ বাড়ানোর জন্য অতিরিক্ত সনদ প্রয়োজন। মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থার জন্য বিচ্ছিন্নের স্থগিতাদেশ ৬৩ দিনের বেশি হবে না।

These definitions apply in using this form:

Medical Emergency - an existing medical condition of the customer or a member of the customer's household, as defined and certified by a physician or public health official on this medical certification form, that will be aggravated by the lack of utility service. A utility shall postpone disconnection for no longer than 21 days if the customer or member of customer's household has a certified medical emergency. Please note, additional certificates are required to extend postponement of shutoff. Postponement of shutoff for medical emergency conditions shall not exceed 63 days.

এই সার্টিফিকেশন ফর্ম সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, মতামত অবশ্যই ইংরেজিতে হতে হবে। ইংরেজিতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।

<p>নিবিড় পরিচর্যাধীন গ্রাহক - বলতে এমন কোনো গ্রাহককে বুঝায় যার নিজের বা পরিবারের কোনো সদস্যের বাড়িতে চিকিৎসা সরঞ্জাম বা লাইফ সাপোর্ট সিস্টেমের প্রয়োজন হয় এবং যিনি চিকিৎসা সরঞ্জাম বা লাইফ সাপোর্ট সিস্টেম উল্লেখপূর্বক এবং প্রত্যয়ন করে যে সেবায় বিঘ্ন তাৎক্ষণিকভাবে প্রাণঘাতী হবে, তাই বার্ষিক ভিত্তিতে কোনো চিকিৎসক বা চিকিৎসা সুবিধা থেকে এই মেডিকেল প্রত্যয়ন ফরম ইউটিলিটিকে সরবরাহ করেন। নিবিড় পরিচর্যাধীন গ্রাহকদের জন্য ইউটিলিটি সেবার সংযোগ বিচ্ছিন্নকরণ বার্ষিক ভিত্তিতে স্থগিত করা হবে। (নতুন মেডিকেল প্রত্যয়ন ফরম পূরণ ও জমা দিতে হবে)।</p>	<p>Critical Care Customer - means any customer who requires, or has a household member who requires, home medical equipment or a life support system, and who, on an annual basis, provides this medical certification form from a physician or medical facility, to the utility, identifying the medical equipment or life support system and certifying that an interruption of service would be immediately life-threatening. Disconnection of utility service for Critical Care customers shall be postponed on an annual basis. (A new Medical Certification Form must be completed and submitted).</p>
<p>মেডিকেল হোল্ডে রাখার জন্য অনুরোধ করার জন্য:</p> <ol style="list-style-type: none"> সেকশন ১: যদি রোগীর বয়স ১৮ বছরের কম হয়, তাহলে মেডিকে বিষয়ক জরুরি হোল্ডের প্রয়োজন হলে পরিবারের বাসিন্দা বা আইনী মা/বাবা বা অভিভাবক কর্তৃক পূরণীয়। সেকশন ২: কর্তৃক গ্রাহক রেকর্ড দ্বারা পূরণীয়। সেকশন ৩: চিকিৎসক বা সরকারি স্বাস্থ্য কর্মকর্তা কর্তৃক পূরণীয়। সেকশন ৪: পূরণকৃত ফর্ম এবং বৈধ পরিচয়পত্র জমা দিন: সুরক্ষিত ওয়েবসাইট: সুরক্ষিত ইমেইল: ফ্যাক্স নম্বর: <p>এই ফরম প্রক্রিয়াকরণের জন্য অবশ্যই সম্পূর্ণ ও পাঠযোগ্য হতে হবে। অন্য কিছু নির্দেশিত না থাকলে সকল তথ্য আবশ্যিক। পূরণ করা ফরম এক কার্যদিবসের মধ্যে প্রক্রিয়া করা হবে। আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে -এর সাথে নম্বরে যোগাযোগ করুন।</p>	<p>To make a request for a medical hold:</p> <ol style="list-style-type: none"> Section 1: To be completed by resident of household requiring Medical Emergency Hold or by legal parent or guardian if patient is under the age of 18. Section 2: To be completed by customer of record. Section 3: To be completed by physician or Public Health Official. Return the completed form and valid identification to Secure website: Secure email: Fax number: <p>This form must be complete and legible to be processed. All information is required unless otherwise indicated. Completed forms will be processed within one business day. If you have any questions, please contact .</p> <p style="text-align: center;">at</p>

এই সার্টিফিকেশন ফর্ম সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, মতামত অবশ্যই ইংরেজিতে হতে হবে। ইংরেজিতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।

এই পৃষ্ঠাটি ইচ্ছাকৃতভাবে খালি রাখা হয়েছে
This page is intentionally blank

কোম্পানির লোগো
Company Logo

মেডিকেলের প্রত্যয়ন ফর্ম

Medical Certification Form

চিকিৎসক এবং জনস্বাস্থ্য কর্মকর্তাদের উদ্দেশ্যে: এই ফর্ম এই রোগীর শারীরিক অবস্থা যাচাই করতে আপনার ব্যবহারের জন্য মিশিগান পাবলিক সার্ভিস কমিশন কর্তৃক অনুমোদিত হয়েছে যা ইউটিলিটি সেবা বন্ধ করার উপর স্থগিতাদেশকে ন্যায়সঙ্গত করে।

To Physicians and Public Health Officials: This form has been approved by the Michigan Public Service Commission for your use in verifying a medical condition of this patient that justifies a hold on shutting off utility service.

এই সার্টিফিকেশন ফর্মের সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, সকল বিভাগ অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে, মতামত ইংরেজীতে দিতে হবে এবং ৩ কার্যদিবসের মধ্যে ইউটিলিটিতে ফেরত দিতে হবে। ইংরেজীতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।

TO ENSURE TIMELY REVIEW AND PROCESSING OF THIS CERTIFICATION FORM, ALL SECTIONS MUST BE COMPLETED, RESPONSES MUST BE IN ENGLISH AND RETURNED TO THE UTILITY WITHIN 3 BUSINESS DAYS. FAILURE TO PROVIDE THE REQUESTED INFORMATION IN ENGLISH MAY RESULT IN PROCESSING DELAYS AND WILL NOT EXTEND THE 3-DAY GRACE PERIOD OR PROTECTION.

আমি বুঝেছি যে নিরবচ্ছিন্ন ইউটিলিটি সেবার গ্যারান্টি দিতে পারে না এবং এই জাতীয় ক্ষতির ক্ষেত্রে ব্যাকআপ সিস্টেম চালু রাখা বা বিকল্প পরিকল্পনা করা আমার দায়িত্ব। অপ্রত্যাশিত বিভ্রাটের ক্ষেত্রে এই প্রত্যয়ন ফর্মের ব্যবহার গ্রাহককে সেবা পুনরুদ্ধার সম্পর্কিত কোনো অধিকার সরবরাহ করে না।

I understand that cannot guarantee continuous utility service and it is my responsibility to maintain a backup system or have an alternate plan in the event of such loss. Use of this certificate form does not provide any rights to the customer regarding service restoration in the event of an unexpected outage

সেকশন ১: নিম্নলিখিত তথ্য রোগী কর্তৃক পূরণীয়

Section 1: the following information is to be completed by the Patient

রোগীর নাম: Patient's Name: জন্মতারিখ: Birthdate:

গ্রাহকের সাথে সম্পর্ক (অ্যাকাউন্ট হোল্ডার): নিজে: Self: অন্যান্য: Other:

বাসা/সেল ফোন: Home/Cell: কর্মস্থলের ফোন: Work:

আমি আমার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে এই অনুরোধের পর্যালোচনা, অনুমোদন ও প্রক্রিয়াকরণে সহায়তা করার জন্য এই মেডিকেল প্রত্যয়ন ফর্মে অন্তর্ভুক্ত চিকিৎসা তথ্য আমার ইউটিলিটি বা ইউটিলিটি কর্তৃক অনুমোদিত তৃতীয় পক্ষের কাছে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি অবগত যে (ইউটিলিটি) নিরবচ্ছিন্ন ইউটিলিটি সেবার গ্যারান্টি দিতে পারে না এবং ইউটিলিটি বিচ্ছিন্নের ক্ষেত্রে ব্যাকআপ সিস্টেম চালু রাখা বা বিকল্প পরিকল্পনা করা আমার দায়িত্ব। আমি প্রত্যয়ন করছি যে রোগী নিচে তালিকাভুক্ত ঠিকানায় বসবাস করে এবং প্রদত্ত সকল তথ্য সঠিক। যদি আমি নিবিড় পরিচর্যা হোল্ডার শর্ত পূরণ করি, তাহলে যখন এই মেডিকেল হোল্ড আর প্রয়োজন হবে না তখন আমি কোম্পানিকে এ বিষয়ে অবহিত করতেও সম্মতি দিচ্ছি।

I hereby authorize my health care provider(s) to release the medical information included on this medical certification FORM to my utility, or third parties authorized by the utility, to assist with the review, approval, and processing of this request. I understand that continuous utility service is not guaranteed and it is my responsibility to maintain a backup system or have an alternate plan in the event of a loss of utility service. I certify that the patient lives at the address listed below and that all information provided is accurate. If I meet the conditions for a Critical Care hold, I also agree to notify the company when this medical hold is no longer necessary.

স্বাক্ষর (রোগী/আইনি অভিভাবক/পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি): তারিখ: Date:

Signature (Patient/Legal Guardian/Power of Attorney):

এই সার্টিফিকেশন ফর্ম সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, মতামত অবশ্যই ইংরেজীতে হতে হবে। ইংরেজীতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।

To ensure timely review and processing of this certification form, responses must be in English. Failure to provide the requested information in English may result in processing delays and will not extend the 3-day grace period or protection.

রোগীর নাম: Patient's Name:

জন্মতারিখ: Birthdate:

সেকশন ২: নিম্নলিখিত তথ্য গ্রাহক (অ্যাকাউন্ট হোল্ডার) কর্তৃক পূরণীয়

Section 2: the following information is to be completed by the customer (Account Holder)

গ্রাহকের নাম (স্পষ্টাক্ষরে): Customer Name (Printed):

গ্রাহকের ঠিকানা: Customer Address:

শহর: City:

স্টেট: State:

জিপ: Zip:

বাসা/সেল ফোন: Home/Cell:

কর্মস্থলের ফোন: Work:

বাড়ির ইমেইল: Home Email:

অ্যাকাউন্ট নম্বর: Account Number:

পরিষেবার ধরন
Type of Service

ইলেকট্রিক
Electric

গ্যাস
Gas

আমি প্রত্যয়ন করছি যে উপরের তথ্য সঠিক এবং রোগী রেকর্ড গ্রাহক অথবা এই ঠিকানায় বসবাসকারী রেকর্ড গ্রাহকের পরিবারের সদস্য।

I certify the information above is accurate AND the patient is the customer of record or a household member of the customer of record residing at this address.

গ্রাহকের স্বাক্ষর: Customer Signature:

তারিখ: Date:

এই ফর্মের অনুমোদন অনির্দিষ্টকালের জন্য বিচ্ছিন্ন হওয়া রোধ করে না। ভবিষ্যতে সেবা বিচ্ছিন্ন হওয়া এড়ানোর জন্য আপনাকে অবশ্যই অপরিশোধিত বিল নিষ্পত্তির পদক্ষেপ নিতে হবে। ইউটিলিটি বিল পরিশোধে সহায়তা করার জন্য উপলভ্য কর্মসূচি খুঁজতে আমরা আপনাকে আমাদের ওয়েবসাইট ভিজিট করতে বা 211 নম্বরে ইউনাইটেড ওয়েতে যোগাযোগ করতে উৎসাহিত করি।

Approval of this form does not prevent shut offs indefinitely. You must take steps to resolve unpaid bills to avoid service termination in the future. We encourage you to visit our website or contact United Way at 211 to find available programs to assist with paying utility bills.

এই সার্টিফিকেশন ফর্ম সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, মতামত অবশ্যই ইংরেজিতে হতে হবে। ইংরেজিতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।

সেকশন ৩: নিম্নলিখিত তথ্য চিকিৎসক বা জনস্বাস্থ্য কর্মকর্তা কর্তৃক পূরণীয়

Section 3: the following information is to be completed by a Physician or Public Health Official

অনুগ্রহ করে নিচের বক্সের মধ্যে একটিতে টিক দিয়ে নিম্নলিখিত অবস্থাগুলো থেকে একটি নির্বাচন করুন:

Please select one of the following conditions by checking one of the boxes below:

মেডিকেল জরুরি অবস্থার রোগী

রোগী ইতোমধ্যে একটি মেডিকেল ভিত্তিক সমস্যা ভুগছেন যা ইউটিলিটি সেবার অভাবে আরো খারাপ হবে। গ্রাহক বা গ্রাহকের পরিবারের সদস্যের প্রত্যয়িত মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থা থাকলে কোনো ইউটিলিটি ২১ দিনের বেশি সংযোগ বিচ্ছিন্নকরণ স্থগিত করবে না। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, বিচ্ছিন্নকরণ স্থগিতাদেশ বাড়ানোর জন্য অতিরিক্ত সনদ প্রয়োজন। মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থার জন্য বিচ্ছিন্নের স্থগিতাদেশ ৬৩ দিনের বেশি হবে না।

Medical Emergency Patient

Patient suffers from an existing medical condition that will be aggravated by the lack of utility service. A utility shall postpone disconnection for no longer than 21 days if the customer or member of customer's household has a certified medical emergency. Please note, additional certificates are required to extend postponement of shutoff. Postponement of shutoff for medical emergency conditions shall not exceed 63 days.

আমি প্রত্যয়ন করছি যে রোগীর নিম্নলিখিত মেডিকেল ভিত্তিক জরুরি অবস্থা(সমূহ) রয়েছে যা বিদ্যুৎ এবং/অথবা প্রাকৃতিক গ্যাস সেবা বিচ্ছিন্ন হলে আরো খারাপ হবে।

I certify that the patient has the following medical emergency condition(s) that will be aggravated by the loss of electricity and/or natural gas service.

অবস্থা(সমূহ): Condition(s):

সরঞ্জাম: Equipment:

সময়সীমা: Time Period:

নিবিড় পরিচর্যাধীন রোগী

রোগী বাড়িতে লাইফ সাপোর্টিং চিকিৎসা সরঞ্জাম ব্যবহার করে এবং ইউটিলিটি সেবা বিচ্ছিন্ন হলে অবিলম্বে প্রাণঘাতী হবে। নিবিড় পরিচর্যাধীন গ্রাহকদের জন্য ইউটিলিটি সেবার সংযোগ বিচ্ছিন্নকরণ বার্ষিক ভিত্তিতে স্থগিত করা হবে। (বছরে একবার নতুন মেডিকেল প্রত্যয়ন ফর্ম পূরণ ও জমা দিয়ে নবায়ন করতে হবে)।

Critical Care Patient

Patient uses life-supporting medical equipment at home and termination of the utility service would be immediately life threatening. Disconnection of utility service for Critical Care customers shall be postponed on an annual basis. (A new Medical Certification Form must be completed and submitted annually to be renewed.)

রোগী নিম্নলিখিত লাইফ-সাপোর্ট সিস্টেম(সমূহ) অথবা চিকিৎসা সরঞ্জামগুলো ব্যবহার করে:

The following life-support system(s) or medical equipment is/are used by the patient:

সরঞ্জাম: Equipment:

অতিরিক্ত মন্তব্য (যদি থাকে): Additional comments (if any):

এই সার্টিফিকেশন ফর্ম সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, মতামত অবশ্যই ইংরেজিতে হতে হবে। ইংরেজিতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।

To ensure timely review and processing of this certification form, responses must be in English. Failure to provide the requested information in English may result in processing delays and will not extend the 3-day grace period or protection.

রোগীর নাম: Patient's Name:

জন্মতারিখ: Birthdate:

একটিতে টিক দিন: Please check one:			
<input type="checkbox"/> চিকিৎসক Physician	নাম: Name:	লাইসেন্স #: License #:	
<input type="checkbox"/> জনস্বাস্থ্য কর্মকর্তা Public Health Official	নাম: Name:	লাইসেন্স #: License #:	
কার্যালয়ের ঠিকানা: Business Address:		শহর: City:	স্টেট: State: জিপ: Zip:
কার্যালয়ের ফোন: Business Phone:		ফ্যাক্স: Fax:	
<p>আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই ফরমে চিহ্নিত রোগীকে আমি পরীক্ষা করেছি এবং আমার জানামতে, প্রদত্ত তথ্য সত্য, এবং বক্সে টিক দেওয়া এবং এই ফরমে স্বাক্ষর করার সময়, রোগী "মেডিকেল জরুরি অবস্থার রোগী" বা "নিবিড় পরিচর্যাধীন রোগী"-এর মানদণ্ড পূরণ করে।</p> <p><i>I certify that the patient identified on this form has been examined by me and to the best of my knowledge, information provided is true, and that, in checking the selected box and signing this form, the patient meets the criteria of a "Medical Emergency Patient" or a "Critical Care Patient."</i></p>			
স্বাক্ষর: Signature:		তারিখ: Date:	

এই সার্টিফিকেশন ফর্ম সময়মত পর্যালোচনা ও প্রক্রিয়াকরণ নিশ্চিত করার জন্য, মতামত অবশ্যই ইংরেজিতে হতে হবে। ইংরেজিতে অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থতার ফলে প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং ৩ দিনের গ্রেস পিরিয়ড বা সুরক্ষা বাড়ানো হবে না।