

هل أنت بحاجة إلى المساعدة في سداد فواتير المستشفى؟

يمكن أن تقدم لك مستشفى Akron Children's الرعاية مجانًا أو بتكلفة منخفضة.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مالية:

1. يقدم برنامج ضمان الرعاية بالمستشفى (HCAP) رعاية مجانية إلى الأسر المؤهلة.
2. يوفر مستشفى Akron Children's رعاية خيرية أو منخفضة التكلفة لغير المؤهلين لبرنامج HCAP.



إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في سداد فاتورة المستشفى:

- فاملاً هذا الطلب. لترح أسئلة عن نوع المساعدات المتوفرة وكيفية التقديم، تواصل مع قسم الاستشارات المالية على fincounsel@akronchildrens.org أو 330-543-2455.

إذا كانت لديك أسئلة عن فاتورتك، فاتصل بخدمة العملاء:
800-933-7440، 330-543-8500

قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية مجانية أو منخفضة التكلفة في المستشفى. يقدم مستشفى Akron Children's مساعدة مالية للأسر غير القادرة على سداد فواتير المستشفى.

1. برنامج ضمان الرعاية بالمستشفى (HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM, HCAP) للتأهل للحصول على رعاية مجانية، يجب أن يكون المرضى من سكان ولاية أوهايو وغير ملتحقين ببرنامج Medicaid في الوقت الحالي وأن يساوي دخل الأسرة المقدار المحدد في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لحد الفقر أو يقل عنه.

المبادئ التوجيهية لحد الفقر لعام 2024 للولايات المجاورة ومقاطعة كولومبيا	
عدد أفراد الأسرة/الأسرة المعيشية	حد الفقر وفقاً للمبادئ التوجيهية
1	15060 دولاراً
2	20440 دولاراً
3	25820 دولاراً
4	31200 دولاراً
5	36580 دولاراً
6	41960 دولاراً
7	47340 دولاراً
8	52720 دولاراً
للأسر/الأسر المعيشية التي يزيد عدد أفرادها عن 8 أشخاص، أضيف 5380 دولاراً لكل شخص إضافي.	

2. إذا لم تكن مؤهلاً لبرنامج HCAP أو كان دخلك يزيد عن مستوى الفقر، يمكنك التأهل للحصول على أنواع أخرى من المساعدات. يقدم مستشفى Akron Children's رعاية منخفضة التكلفة أو خيرية للأسر التي تواجه ضائقة مالية. يرجى زيارة <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

اتصل بقسم Financial Counseling (الاستشارات المالية) إذا كان لديك أسئلة بشأن المساعدات المالية أو كيفية تقديم طلب:
330-543-2455.

خدمات الترجمة المتاحة: تقدم المساعدة بلغات أخرى. تواصل مع خدمات إتاحة التواصل بلغات متعددة للمساعدة.

تتوفر خدمات المترجمين الفوريين



يقدم مستشفى Akron Children's Hospital هذه الخدمات لك دون أي تكلفة:

- مترجمون فوريون متاحون مجاناً وجهاً لوجه
- مترجمون فوريون متاحون للتواصل عبر الهاتف ومكالمات الفيديو - 200 ساعة
- أدوات المساعدة على التواصل للأشخاص الصم أو المكفوفين أو من يعانون إعاقات في التواصل

اطلب المساعدة من أي عضو في طاقم الموظفين
خدمات إتاحة التواصل بلغات مختلفة: 330-543-3036

كيفية تقديم طلب

استكمل طلباً منفصلاً لكل مرة يدخل فيها المريض الداخلي المستشفى ما لم تتم إعادة إدخاله في غضون 45 يوماً من خروجه من المستشفى بسبب نفس الحالة.

تكون الأهلية للحصول على خدمات المرضى الخارجيين صالحة لمدة 90 يوماً بداية من أول تاريخ لتلقي الخدمة.

1. املأ تاريخ (تواريخ) تلقي الخدمة.
 2. يجب إكمال جميع الأجزاء المنطبقة في نموذج الطلب.
 3. يجب أن يكون نموذج الطلب موقفاً وموزعاً.
 4. إذا كان المريض طفلاً قاصراً:
 - يجب تقديم اسم كل من ولي الأمر، سواء كانا يعيشان في المنزل أو لا.
 - يجب ذكر دخل كل من ولي الأمر (إذا كان معروفاً)، سواء كانا يعيشان في المنزل أو لا.
 - تتضمن الأمثلة على الدخل إجمالي الأجور (قبل اقتطاع الضرائب)، نفقة الطفل، النفقة، الدخل من الإيجار، تعويضات البطالة، مخصصات الضمان الاجتماعي، المساعدات الحكومية، إلى آخره. 5. يجب تقديم وثائق إجمالي الدخل للفترة الزمنية الصحيحة المحددة في نموذج الطلب (قبل 3 أشهر أو 12 شهراً من تاريخ تلقي الخدمة). لا يشمل هذا شهر تلقي الخدمة.
- يمكن أن تكون وثائق الدخل كعوباً للراتب أو بياناً بالدخل من صاحب العمل أو قراراً بتلقي مخصصات من دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) أو الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقات (Social Security Disability, SSD). ملحوظة: لا يمكن استخدام نماذج W2 إلا إذا كان تاريخ تلقي الخدمة يقع في شهر يناير.
- في حال إدراج الدخل في الطلب، يجب تقديم وثائق تثبت هذا الدخل المذكور. يرجى تقديم نسخ فقط سن تتم إعادة الوثائق.
- لن تقلب معلومات الدخل غير المستكملة دون تفسير.
6. في حالة عدم وجود مصدر للدخل (0.00 دولار)، يجب عليك تقديم تفسير قصير يشرح كيف تلبى النفقات المعيشية.
 7. تحقق من صحة محتوى الطلب وقم بالتوقيع عليه وتاريخه.
 8. أرسل الطلب وجميع الوثائق:
 - عن طريق الإنترنت: من خلال حسابك على MyChart
 - عن طريق البريد: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - عن طريق البريد الإلكتروني: أرسل الوثائق عبر البريد الإلكتروني إلى fincounsel@akronchildrens.org
 - عن طريق الحضور شخصياً: الدخول إلى الطابق الثالث من المستشفى أو أي من مواقع تسجيل المرضى.
 - عن طريق الفاكس: 330-543-3371

طلب المساعدة المالية (HCAP/الرعاية الخيرية)

يوفر مستشفى Akron Children's برنامج مساعدة مالية (Financial Assistance) لجميع المرضى المحتاجين إليها، لجميع مستويات الدخل، وفقًا لمقياس متدرج. قد يتأهل المرضى غير المؤهلين لتلقي المساعدة من خلال برنامج Medicaid للحصول على رعاية خيرية بناءً على المبادئ التوجيهية الفيدرالية لحد الفقر.

الضامن الثاني (الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة)

الاسم بالكامل	_____
العنوان	_____
المدينة	_____
الولاية	_____
الرمز البريدي	_____
الهاتف	_____

الضامن الأول (الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة)

الاسم بالكامل	_____
العنوان	_____
المدينة	_____
الولاية	_____
الرمز البريدي	_____
الهاتف	_____

معلومات المريض

الاسم بالكامل	_____
العنوان	_____
المدينة	_____
الولاية	_____
الرمز البريدي	_____
الهاتف	_____

رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) للمريض _____

يجب الإجابة عن الأسئلة التالية لمعالجة طلبك:

- هل كان المريض من سكان ولاية أوهايو في تاريخ تلقي الخدمة من المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا
 - هل كان لدى المريض تأمين صحي غير برنامج Medicaid في وقت تلقي الخدمة؟ ☐ نعم ☐ لا
 - هل كان المريض يتلقى مخصصات برنامج Medicaid بصورة نشطة في وقت تلقي الخدمة؟ ☐ نعم ☐ لا
- ☐ ضع علامة هنا إذا كنت تعمل لحسابك الخاص وأرفق نموذج 1040 والجدول الملائم أو بيان الأرباح/الخسائر مع نموذجي W2/1099 لفترة الـ 3 أشهر السابقة لتاريخ تلقي الخدمة.
- يرجى تقديم المعلومات التالية للمريض وجميع الأفراد الذين يعيشون في المنزل. بالنسبة لـ HCAP، تُعرّف "الأسرة" باعتبارها: المريض، ولي أمره، جميع أشقائه (البيولوجيون أو بالتبني). *أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر.

أسماء فرد الأسرة	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	اسم صاحب العمل أو مصدر الدخل	سنوات العمل	إجمالي الدخل قبل 3 أشهر من تاريخ تلقي الخدمة	إجمالي الدخل قبل 12 شهرًا من تاريخ تلقي الخدمة
1.	المريض					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

يجب إرفاق وثائق الدخل بهذا الطلب. تتضمن الأمثلة على الدخل إجمالي الأجور (قبل اقتطاع الضرائب)، نفقة الطفل، النفقة، الدخل من الإيجار، تعويضات البطالة، مخصصات الضمان الاجتماعي، المساعدات الحكومية، إلى آخره. إذا أوضحت أن ليس لديك مصدر دخل (0.00 دولار)، يرجى أن توضح أدناه كيفية تلبيةك للاحتياجات الأساسية المتعلقة بالطعام والإسكان قبل تاريخ تلقي الخدمة. *أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر.

بوتوقيعي أدناه، أؤكد أن الإجابات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي. وأصرح لمستشفى AKRON CHILDREN'S بالتصرف بالنيابة عني فيما يتعلق بتحديد أهليتي للحصول على أفضل مساعدة مستحقة. وأدرك أنه، بغرض توفير الدعم، قد يتواصل معي ممثل تابع لمستشفى AKRON CHILDREN'S للحصول على معلومات إضافية، أو يتم اللجوء إلى منظمة تابعة لطرف ثالث للتحقق من المعلومات المالية المذكورة في هذا الطلب.

التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب/ولي الأمر _____

☐ * ضع علامة هنا في حالة إرفاق صفحة أخرى بهذا الطلب

للاستخدام المكتبي فقط	
HCAP	الرعاية الخيرية
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	