

Cómo presentar la solicitud



Complete una solicitud por separado para cada admisión del paciente ingresado, a menos que vuelvan a admitir al paciente por la misma condición en un plazo de 45 días después del alta.

La elegibilidad para el servicio ambulatorio es válida por 90 días a partir de la primera fecha de servicio.

1. Complete las **FECHAS DE SERVICIO**.
2. Se deben **COMPLETAR TODAS** las partes correspondientes del formulario de solicitud.
3. El formulario de solicitud debe estar **FIRMADO** y **FECHADO**.
4. Si el paciente es menor de edad:
 - Se deben dar los **NOMBRES DE AMBOS PADRES**, vivan o no en la casa.
 - **Se deben dar los INGRESOS** (si se conocen) **DE AMBOS PADRES**, vivan o no en la casa.
 - **EJEMPLOS DE INGRESOS** incluyen salarios brutos (antes de impuestos), manutención de menores, pensión alimentaria, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, ayuda pública, etc.
5. **SE DEBE DAR LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS BRUTOS** para el período correcto que se indica en el formulario de solicitud (3 meses o 12 meses **ANTES** de la fecha de servicio). Esto **NO** incluye el mes de servicio.

La **DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS** podría ser talones de pago, declaración de ingresos del empleador o determinación de beneficios del SSI, SSD. Nota: Los W2 solo se pueden usar si la fecha del servicio es en enero.

Si los ingresos figuran en la solicitud, **DEBE** darse documentación para esos ingresos. Dé **SOLAMENTE COPIAS; NO SE DEVOLVERÁN LOS DOCUMENTOS**.

NO se aceptará información de ingresos incompleta sin una explicación.
6. **SI LOS INGRESOS SON CERO (\$0.00)**, **DEBE DAR** una breve explicación de cómo se cubren los gastos diarios.
7. **VERIFIQUE, FIRME Y FECHÉ LA SOLICITUD**.
8. **ENVÍE** la solicitud y toda la documentación:
 - **EN LÍNEA:** mediante su cuenta MyChart
 - **POR CORREO:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - **POR CORREO ELECTRÓNICO:** envíe los documentos por correo electrónico a fincounsel@akronchildrens.org
 - **EN PERSONA:** haga la admisión en el 3.º piso del hospital o en cualquier lugar de registro de pacientes.
 - **POR FAX:** 330-543-3371

Es posible que califique para recibir atención gratuita o de costo reducido en el hospital. Akron Children's ofrece ayuda económica a familias que no pueden pagar sus facturas de hospital.

1. HCAP: para calificar para recibir atención gratuita, los pacientes deben ser residentes de Ohio, no tener Medicaid en este momento y tener ingresos familiares iguales o inferiores a las directrices federales de pobreza.

DIRECTRICES DE POBREZA DE 2024 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA	
Personas en la familia/ grupo familiar	Directriz de pobreza
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720

Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.

2. Si no es elegible para el HCAP o tiene ingresos superiores al nivel de pobreza, podría calificar para otra ayuda. Akron Children's ofrece atención de caridad o a costos reducidos a familias con dificultades económicas. Visite <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

Llame a consejería económica si tiene preguntas sobre la ayuda económica y cómo solicitarla: 330-543-2455.

Hay servicios de traducción disponibles: se da ayuda en otros idiomas. Comuníquese con los servicios de acceso a idiomas para recibir ayuda.

INTÉRPRETES DISPONIBLES

Akron Children's Hospital ofrece estos servicios sin costo alguno para usted:

- Intérpretes presenciales
- Intérpretes por teléfono y video en 200 idiomas
- Herramientas de comunicación asistida para personas sordas, ciegas o con discapacidades de comunicación

Pídale ayuda a cualquier miembro del personal
Servicios de acceso a idiomas: 330-543-3036

One Perkins Square
Akron, OH 44308
330-543-1000
akronchildrens.org

¿Necesita ayuda para pagar las facturas de hospital?

Akron Children's podría dar atención gratuita o a costo reducido.

Si necesita ayuda económica:

1. El Programa de Garantía de Atención en el Hospital (HCAP) da atención gratuita a las familias que califican.
2. Akron Children's ofrece atención de caridad o de costo reducido para las personas que no son elegibles para el HCAP.



Si necesita ayuda para pagar las facturas del hospital:

- Complete esta solicitud. Si tiene preguntas sobre qué ayuda se ofrece y cómo solicitarla, comuníquese con consejería económica enviando un correo electrónico a fincounsel@akronchildrens.org o llamando al 330-543-2455.

Si tiene alguna pregunta sobre su factura, llame a Servicio al Cliente: 330-543-8500, 800-933-7440



Solicitud de ayuda económica (HCAP/atención de caridad)

Fechas de servicios: _____

Akron Children's ofrece un programa de ayuda económica a todos los pacientes con necesidades económicas, en todos los niveles de ingresos, según una escala variable. Los pacientes que no califican para recibir ayuda mediante Medicaid podrían calificar para atención de caridad según las Directrices federales de pobreza.

Información del paciente

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
SSN del paciente: _____

Garante n.º 1 (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____

Garante n.º 2 (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____

Se deben responder las siguientes preguntas para procesar su solicitud:

1. ¿Era el paciente residente de Ohio en la fecha del servicio en el hospital? Sí No

2. ¿Tenía el paciente otro seguro médico además de Medicaid en el momento del servicio? Sí No

Si la respuesta es "Sí", nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____

3. ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio? Sí No

Si la respuesta es "Sí", número de identificación del beneficiario de Medicaid: _____

Marque si trabaja por cuenta propia e incluya su formulario 1040 y el cronograma correspondiente, o la Declaración de pérdidas y ganancias W2/1099 de los 3 meses anteriores a la fecha del servicio.

Dé la siguiente información para el paciente y todas las personas que viven en el grupo familiar. Para el HCAP, "familia" se define como: paciente, padres del paciente, todos los hermanos del paciente (naturales o adoptivos). *Adjunte otra hoja si es necesario.

NOMBRE DEL FAMILIAR	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR	AÑOS EN EL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS DE LOS 3 MESES ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO	INGRESOS BRUTOS DE LOS 12 MESES ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO
1.	<i>Paciente</i>					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

La documentación de ingresos debe acompañar esta solicitud. Los ejemplos de ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), manutención de menores, pensión alimentaria, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, ayuda pública, etc.

Si informó cero ingresos (\$0.00), explique abajo cómo se cubrieron las necesidades básicas de alimentación y vivienda antes de la fecha del servicio. *Adjunte otra hoja si es necesario.

SOLO PARA USO INTERNO	
HCAP	CARIDAD
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

FIRMANDO ABAJO, AFIRMO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LAS RESPUESTAS DE ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y ESTÁN COMPLETAS. AUTORIZO A **AKRON CHILDREN'S** A ACTUAR EN MI NOMBRE PARA QUE ME CALIFIQUE PARA LA MEJOR AYUDA PARA LA QUE SOY ELEGIBLE. PARA DAR APOYO, ENTIENDO QUE UN REPRESENTANTE DE **AKRON CHILDREN'S** PODRÍA COMUNICARSE CONMIGO PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O USAR UNA ORGANIZACIÓN DE TERCEROS PARA CONFIRMAR LA INFORMACIÓN ECONÓMICA QUE SE INDICA EN ESTA SOLICITUD.

Firma del solicitante/padre/madre

Fecha

* Marque aquí si se incluye una segunda hoja con esta solicitud