

डिस्चार्ज भएको 45 दिनभित्र अन्तरङ्ग बिरामीलाई सोही अवस्थाको लागि पुनः भर्ना गरेको अवस्थामाबाहेक प्रत्येक बिरामी भर्नाका लागि छुट्टै आवेदन पूरा गर्नुहोस्।

बाहिरी बिरामी सेवाको योग्यता सेवाको पहिलो मिति देखि 90 दिनको लागि मान्य हुन्छ।

1. सेवाको मिति(हरू) भर्नुहोस्।
2. आवेदन फारममा सबै लागू हुने क्षेत्रहरू पूरा गर्नुपर्छ।
3. आवेदन फारममा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र मिति लेख्नुपर्छ।
4. बिरामी नाबालिग बच्चा हो भने:

- **दुवै आमाबाबुको नामहरू** उपलब्ध गराइनु पर्छ, चाहे तिनीहरू घरमा बसिरहेका छन् वा छैनन्।
- **आमाबाबु दुवैको लागि** आय (थाहा छ भने) प्रदान गर्नुपर्दछ, चाहे तिनीहरू घरमा बसिरहेका छन् वा छैनन्।
- **आयका उदाहरणहरू**मा सकल ज्याला (कर अघि), बाल समर्थन, गुजारा भत्ता, भाडाआय, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, सामाजिक सुरक्षा लाभ, सार्वजनिक सहायता, आदि पर्दछन्।

5. आवेदन फारममा सङ्केत गरिएको सही अवधिको लागि **सकल आय कागजात प्रदान गर्नुपर्दछ** (सेवाको मिति भन्दा 3 महिना वा 12 महिना पहिले)। यसमा सेवाको महिना समावेश हुँदैन।

आम्दानी कागजातहरू भुक्तानी स्टबहरू, रोजगारदाताबाट आयको विवरण वा पूरक सुरक्षा आय (Supplemental Security Income, SSI), सामाजिक सुरक्षा असक्षमता (Social Security Disability, SSD) बाट लाभहरू निर्धारण हुन सक्छ। नोट: सेवाको मिति जनवरीमा छ भने मात्र W2 को प्रयोग गर्ने सकिन्छ।

आवेदनमा आय सूचीबद्ध गरिएको छ भने, त्यो आयको लागि कागजातहरू प्रदान गर्नु पर्दछ। कृपया **प्रतिलिपिहरू मात्र प्रदान गर्नुहोस् - कागजातहरू फिर्ता गरिने छैन**।

अपूर्ण आय जानकारी स्पष्टीकरणविना स्वीकार गरिने छैन।

6. **आय शून्य (\$0.00) छ भने, तपाईंले** कसरी जीवनयापन खर्चहरू पूरा भइरहेको छ भन्ने छोटो विवरण प्रदान गर्नुपर्दछ।
7. **आवेदन रजू गर्नुहोस्, यसमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।**
8. **आवेदन र सबै कागजातहरू निम्नानुसार पेश गर्नुहोस्:**

- **अनलाइन:** तपाईंको MyChart खाता मार्फत
- **हुलाकबाट:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
- **इमेलबाट:** finccounsel@akronchildrens.org मा कागजातहरू इमेल गर्नुहोस्
- **व्यक्तिगत रूपमा:** अस्पतालको तेस्रो तल्ला वा कुनै पनि बिरामी दर्ता ठाउँमा भर्ना गरेर।
- **फ्याक्सबाट:** 330-543-3371

तपाईं नि: शुल्क वा कम लागत अस्पताल हेरचाहको लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। Akron Children's ले अस्पतालको बिल तिर्न नसक्ने परिवारलाई आर्थिक सहयोग प्रदान गर्दछ।

1. अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (Hospital Care Assurance Program, HCAP): नि: शुल्क हेरचाहको लागि योग्य हुन, बिरामीहरू ओहायोका बासिन्दाहरू हुनुपर्दछ, हाल Medicaid मा हुनु हुँदैन र संधीय गरीबी दिशानिर्देशहरूमा वा सो भन्दा कम पारिवारिक आय हुनुपर्दछ।

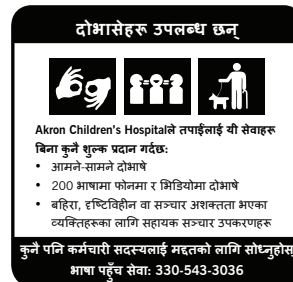
2024 48 लगातारका जोडिएका राज्य र कोलम्बियाको जिल्लाको लागि गरीबी दिशानिर्देश	
परिवार/परिवारका व्यक्तिहरू	गरीबी दिशानिर्देश
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720
8 जनाभन्दा बढी व्यक्ति भएका परिवार/परिवारका लागि प्रत्येक थप व्यक्तिका लागि \$5,380 थप्नुहोस्।	

2. तपाईं HCAP को लागि योग्य हुनुहुन्न वा गरीबी स्तर भन्दा माथिको आम्दानी छ भने, तपाईं अन्य सहायताको लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ।

Akron Children's ले आर्थिक कठिनाई भएका परिवारहरूलाई कम लागत वा परोपकारी हेरचाह प्रदान गर्दछ। कृपया <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> मा हेर्नुहोस्

वित्तीय सहायता र आवेदन दिने तरिकाका बारेमा प्रश्नहरूका लागि वित्तीय परामर्शमा फोन गर्नुहोस्: 330-543-2455.

उपलब्ध अनुवाद सेवाहरू: अन्य भाषाहरूमा सहयोग प्रदान गरिन्छ। मद्दतको लागि भाषा पहुँच सेवाहरूमा सम्पर्क गर्नुहोस्।



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

तपाईंलाई अस्पतालको बिल तिर्न मद्दत चाहिन्छ?

Akron Children's ले नि:शुल्क वा कम लागतमा हेरचाह प्रदान गर्न सक्छ।

तपाईंलाई आर्थिक सहयोगको आवश्यकता छ भने:

1. अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम ले योग्य परिवारहरूलाई नि:शुल्क हेरचाह प्रदान गर्दछ।
2. Akron Children's ले HCAP को लागि योग्य नभएकाहरूका लागि कम लागत वा च्यारिटी हेरचाह प्रदान गर्दछ।



तपाईंलाई आफ्नो अस्पतालको बिल भुक्तानी गर्न मद्दत चाहिन्छ भने:

- यो आवेदन भर्नुहोस्। के मद्दत प्रस्ताव गरिएको छ र कसरी लागू गर्ने भन्ने प्रश्नहरूको लागि, finccounsel@akronchildrens.org वा 330-543-2455 वित्तीय परामर्शमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

तपाईंसँग तपाईंको बिलको बारेमा प्रश्न छ भने, ग्राहक सेवामा फोन गर्नुहोस्: 330-543-8500, 800-933-7440

Akron Children's ले वित्तीय आवश्यकता भएका सबै बिरामीहरूलाई, सबै आय स्तरहरूमा, स्लाइडिङ स्केलमा आधारित वित्तीय सहायता कार्यक्रम प्रदान गर्दछ। Medicaid मार्फत सहायताको लागि योग्य नभएका बिरामीहरू संघीय गरीबी दिशानिर्देशहरूमा आधारित परोपकार हेरचाहको लागि योग्य हुन सक्छन्।

बिरामीको जानकारी

पुरा नाम _____
 ठेगाना _____
 सहर _____
 राज्य _____ जिल्ला _____
 फोन _____

#1 ग्यारेन्टर (बिल तिर्ने जिम्मेवार व्यक्ति)

पुरा नाम _____
 ठेगाना _____
 सहर _____
 राज्य _____ जिल्ला _____
 फोन _____

#2 ग्यारेन्टर (बिल तिर्ने जिम्मेवार व्यक्ति)

पुरा नाम _____
 ठेगाना _____
 सहर _____
 राज्य _____ जिल्ला _____
 फोन _____

बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (Social Security Number, SSN) _____

तपाईंको आवेदन प्रक्रिया गर्न निम्न प्रश्नहरूका जवाफ दिनुपर्दछ:

- बिरामी अस्पताल सेवाको मितिमा ओहायो निवासी हुनुहुन्थ्यो? हो होइन
- बिरामीको सेवाको समयमा Medicaid बाहेक अन्य स्वास्थ्य बीमा थियो? हो होइन हो भने, बीमा कम्पनीको नाम र आईडी नम्बर: _____
- बिरामी सेवाको समयमा सक्रिय Medicaid प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो? हो होइन हो भने, Medicaid प्राप्तकर्ता आईडी नम्बर: _____

तपाईं स्वरोजगार हुनुहुन्छ र तपाईंको 1040 र उपयुक्त अनुसूची वा W2/1099 नाफा/नोक्सान विवरण सेवाको मिति भन्दा 3 महिनाअघिको समावेश गर्नुहोस्।

बिरामी र घरमा बस्ने सबै व्यक्तिहरूका को निम्न जानकारी प्रदान गर्नुहोस्। HCAPको लागि, "परिवार" लाई बिरामी, बिरामीका आमाबाबु र बिरामीका सबै भाइबहिनीहरू (प्राकृतिक वा दत्तक) को रूपमा परिभाषित गरिएको छ। * आवश्यक भएमा थप पानाहरू संलग्न गर्नुहोस्।

परिवारका सदस्यको नाम	बिरामीसँग नाता	जन्म मिति	आयको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम	रोजगारीमा रहेको वर्ष	सेवाको मिति भन्दा 3 महिना अघिको सकल आय	सेवाको मिति भन्दा 12 महिना अघिको सकल आय
1.	बिरामी					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

यो आवेदनको साथमा आय कागजातहरू हुनुपर्दछ। आयका उदाहरणहरूमा सकल ज्याला (करअघिको), बाल समर्थन, गुजारा भत्ता, भाडाआय, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, सामाजिक सुरक्षा लाभ, सार्वजनिक सहायता, आदि पर्दछन्। तपाईंले शून्य (\$0.00) आय रिपोर्ट गर्नुभयो भने, कृपया सेवाको मिति भन्दा पहिले आधारभूत खाना र आवास आवश्यकताहरू कसरी प्रदान गरिएको थियो तल व्याख्या गर्नुहोस्। * आवश्यक भएमा थप पानाहरू संलग्न गर्नुहोस्।

कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र	
HCAP	परोपकार
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

तल हस्ताक्षर गरेर म यस आवेदनमा दिइएका जवाफ मेरो ज्ञानले भ्याएसम्म सत्य र पूर्ण छन् भनी प्रमाणित गर्दछु। म AKRON CHILDREN'S लाई मेरो तर्फबाट मलाई योग्यता दिलाउनका लागि काम गर्न उत्तम सहयोग प्रदान गर्न अधिकार दिन्छु। AKRON CHILDREN'S कोही प्रतिनिधिले थप जानकारीको लागि मलाई सम्पर्क गर्न सक्छन् वा यस आवेदनमा उल्लिखित वित्तीय जानकारी प्रमाणित गर्न तेस्रो-पक्ष संगठन प्रयोग गर्न सक्छन् भनी म बुझ्दछु।

आवेदक/आमाबाबुको हस्ताक्षर

मिति

* यो आवेदनसँग दोस्रो पाना समावेश गरिएको छ कि छैन भन्ने कुरा यहाँ हेर्नुहोस्