

Jinsi ya kutuma ombi

Jaza ombi tofauti kwa kila mgonjwa anayelazwa isipokuwa ikiwa mgonjwa atalazwa tena kwa hali hiyo ndani ya siku 45 baada ya kutoka hospitalini.

Ustahiki wa huduma kwa wagonjwa wasiolazwa ni halali kwa siku 90 kutoka tarehe ya kwanza ya huduma.

1. Jaza TAREHEYA(ZA) HUDUMA.

2. Sehemu ZOTE zinazotumika kwenye fomu ya maombi sharti ZIJAZWE.

3. Fomu ya maombi lazima ISAINIWE na kuandikiwa TAREHE.

4. Ikiwa mgonjwa ni mtoto mdogo:

- **MAJINA YA WAZAZI WOTE** sharti yaandikwe iwe wanaishi nyumbani au la.
- **MAPATO** (ikiwa yanajulikana) **YA WAZAZI WOTE** sharti yaandikwe iwe wanaishi nyumbani au la.
- **MIFANO YA MAPATO** ni pamoja na mishahara ya jumla (kabla ya kukatwa kodi), usaidizi wa kulea watoto, fedha zinazotokana na talaka, mapato ya kukodisha, fidia ya ukosefu wa ajira, faida za usalama wa jamii, usaidizi wa umma, n.k.

5. **HATI ZA MAPATO JUMLA LAZIMA ZITOLEWE** kwa kipindi sahihi kilichoonyeshwa kwenye fomu ya maombi (miezi 3 au 12 **KABLA** tarehe ya huduma). Hii **HAIJUMUISHI** mwezi wa huduma.

HATI ZA MAPATO zinaweza kuwa karatasi za malipo, taarifa ya mapato kutoka kwa mwajiri, au uamuzi wa manufaa kutoka kwa Kodi ya Mapato (Social Security Income, SSI) , Malipo ya Ulemavu (Social Security Disability, SSD) . Kidokezo: W2 zinaweza kutumika tu ikiwa tarehe ya huduma ni Januari.

Ikiwa mapato yameorodheshwa kwenye ombi, **LAZIMA** hati zitolewe kwa mapato hayo. Tafadhali toa **NAKALA PEKEE – HATI HAZITARUDISHWA.**

Maelezo ya mapato yasiyo kamili **HAYATARUHUSIWA** bila maelezo.

6. **IKIWA MAPATO NI SUFURI** (dola 0.00), **LAZIMA** utoe maelezo mafupi ya jinsi gharama za maisha zinavyolipwa.

7. **THIBITISHA, SAINI NA UANDIKE TAREHE KWENYE OMBI.**

8. **WASILISHA ombi na hati zote:**

- **MTANDAONI:** Kupitia akaunti yako ya MyChart
- **KWA POSTA:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
- **KWA BARUA PEPE:** Tuma hati kwa fincounsel@akronchildrens.org
- **WASILISHA KIBINAFSI:** Tunazichukua kwenye ghorofa ya 3 ya hospitali au kituo kingine cha usajili wa wagonjwa.
- **KWA FAKSI:** 330-543-3371



Unaweza kuhitimu kupata huduma ya hospitali ya bila malipo au iliyopunguzwa gharama. Akron Children's inatoa usaidizi wa kifedha kwa familia ambazo haziwezi kulipa bili zao za hospitali.

1. Mpango wa Uhakikisho wa Huduma za Hospitali (Hospital Care Assurance Program, HCAP) hustahiki kupata huduma ya bila malipo, lazima wagonjwa wawe wakaazi wa Ohio, ambao kwa sasa hawako kwenye Medicaid, wawe na mapato ya familia yaliyo chini ya Mwongozo wa Umaskini wa Serikali Kuu.

MWONGOZO WA UMASKINI WA 2024 KWA MAJIMBO 48 YANAYOSHIRIKI MPAKA MOJA NA WILAYA YA COLUMBIA	
Watu katika familia/kaya	Mwongozo wa umaskini
1	Dola 15,060
2	Dola 20,440
3	Dola 25,820
4	Dola 31,200
5	Dola 36,580
6	Dola 41,960
7	Dola 47,340
8	Dola 52,720

Kwa familia/kaya zilizo na zaidi ya watu 8, ongeza dola 5,380 kwa kila mtu wa ziada.

2. Ikiwa hustahiki HCAP au una mapato zaidi ya kiwango cha umaskini, unaweza kuhitimu kupata usaidizi mwingine. Akron Children's inatoa huduma ya gharama iliyopunguzwa au hisani kwa familia zilizo na matatizo ya kifedha. Tafadhali tembelea <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

Piga simu kwa kitengo cha Ushauri wa Kifedha ukiwa na maswali kuhusu usaidizi wa kifedha na jinsi ya kutuma maombi: 330-543-2455.

Huduma za utafsiri zipo: Usaidizi unatolewa katika lugha zingine. Wasiliana na Huduma za Ufikiaji wa Lugha ili kupata usaidizi.



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



Je, unahitaji usaidizi wa kulipa bili za hospitali?

Akron Children's inaweza kutoa huduma ya bila malipo au iliyopunguzwa gharama.

Ikiwa unahitaji usaidizi wa kifedha:

1. Mpango wa Uhakikisho wa Huduma za Hospitali (HCAP) hutoa huduma ya bila malipo kwa familia zinazostahiki.
2. Akron Children's inatoa huduma iliyopunguzwa gharama au ya hisani kwa wale ambao hawastahiki HCAP.



Ikiwa unahitaji usaidizi kulipa bili yako ya hospitali:

- Jaza ombi hili. Kwa maswali kuhusu usaidizi unaotolewa na jinsi ya kutuma maombi, wasiliana na kitengo cha Ushauri wa Kifedha kwa fincounsel@akronchildrens.org au 330-543-2455.

Ikiwa una swali kuhusu bili yako, piga simu kwa kitengo cha Huduma kwa Wateja: 330-543-8500, 800-933-7440



Maombi ya Usaidizi wa Kifedha (HCAP/Huduma ya Hisani)

Tarehe ya(za) Huduma: _____

Akron Children's inatoa Mpango wa Usaidizi wa Kifedha kwa wagonjwa wote wenye mahitaji ya kifedha, katika viwango vyote vya mapato, kulingana na kipimo cha kuteleza. Wagonjwa ambao hawahitimu kupata usaidizi kupitia Medicaid wanaweza kuhitimu kupata huduma ya hisani kulingana na Mwongozo wa Umaskini wa Serikali Kuu.

Maelezo ya Mgonjwa

Jina Kamili _____

Anwani _____

Jiji _____

Msimbo wa _____ Jimbo _____

Simu _____

SSN (Social Security Number, SSN) ya Mgonjwa _____

Mdhamini wa #1 (Mtu aliye na wajibu wa kulipa bili)

Jina Kamili _____

Anwani _____

Jiji _____

Msimbo wa _____ Jimbo _____

Simu _____

Mdhamini wa #2 (Mtu aliye na wajibu wa kulipa bili)

Jina Kamili _____

Anwani _____

Jiji _____

Msimbo wa _____ Jimbo _____

Simu _____

Maswali yafuatayo lazima yajibiwe ili kushughulikia ombi lako:

1. Je, mgonjwa alikuwa mkazi wa Ohio katika tarehe ya kupokea huduma ya hospitali? Ndiyo Hapana

2. Je, mgonjwa alikuwa na bima nyingine ya afya isipokuwa Medicaid wakati wa huduma? Ndiyo Hapana

Ikiwa ndiyo, andika jina la kampuni ya bima na nambari ya kitambulisho: _____

3. Je, mgonjwa alikuwa mpokeaji wa bima ya Medicaid wakati wa huduma? Ndiyo Hapana

Ikiwa ndiyo, andika nambari ya Kitambulisho cha mpokeaji wa Medicaid: _____

Tia alama ikiwa umejajiri na ujumuishe 1040 yako na ratiba inayofaa, au Taarifa ya Faida/Hasara ya W2/1099 ya miezi 3 kabla ya tarehe ya huduma.

Toa maelezo yafuatayo ya mgonjwa na watu wote wanaoishi nyumbani. Kwa HCAP, "familia" inafafanuliwa kama: mgonjwa, wazazi wa mgonjwa, ndugu wa mgonjwa (wa asili au wa kuasili).

*** Ambatisha laha ya ziada ikiwa inahitajika.**

JINA LA MWANAFAMILIA	UHUSIANO NA MGOJWA	TAREHE YA KUZALIWA	CHANZO CHA MAPATO AU JINA LA MWAJIRI	MIAKA AMBAYO AMEFANYA KAZI	MAPATO JUMLA YA MIEZI 3 KABLA YA TAREHE YA HUDUMA	MAPATO JUMLA YA MIEZI 12 KABLA YA TAREHE YA HUDUMA
1.	<i>Mgonjwa</i>					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Hati za mapato lazima ziambatane na mpango huu. Mifano ya mapato ni pamoja na mishahara ya jumla (kabla ya kutozwa kodi), usaidizi wa kulea watoto, fedha zinazotokana na talaka, mapato ya kukodisha, fidia ya ukosefu wa ajira, faida za usalama wa jamii, usaidizi wa umma, n.k.

Ikiwa uliripoti mapato sufuri (dola 0.00), tafadhali eleza hapa chini jinsi mahitaji ya msingi ya chakula na makazi yalivyogharamiwa kabla ya tarehe ya huduma. * Ambatisha laha ya ziada ikiwa inahitajika.

MATUMIZI RASMI PEKEE	
HCAP	HISANI
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

KWA SAINI YANGU ILIYO HAPA CHINI, NINATHIBITISHA KUWA MAJIBU KUHUSU MAOMBI HAYA NI KWELI NA KAMILI KADRI YA UFHAMU WANGU. NINATOA IDHINI KWA **AKRON CHILDREN'S** KUCHUKUA HATUA KWA NIABA YANGU KATIKA KUNISAIDIA NITIMIZE MASHARTI YA KUPATA USAIDIZI BORA NINAOSTAHIKI. ILI KUTOA USAIDIZI, NINALEWA KUWA MWAKILISHI WA **AKRON CHILDREN'S** ANAWEZA KUWASILIANA NAMI KWA MAELEZO YA ZIADA AU KUTUMIA SHIRIKA LINGINE KUTHIBITISHA MAELEZO YA KIFEDHA YALIYOTOLEWA KWENYE OMBI HILI.

_____ Saini ya Mtuma Ombi/Mzazi

_____ Tarehe

* Tia alama hapa ikiwa laha ya pili imejumuishwa kwenye ombi hili