

هل تحتاج إلى المساعدة في دفع فواتير المستشفى؟

يمكن أن توفر مستشفى Akron Children's Hospital رعاية منخفضة التكلفة أو مجانية.

إذا كنت تحتاج إلى مساعدة مالية:

1. يوفر برنامج Hospital Care Assurance Program (HCAP) الرعاية المجانية للأسر التي تكون مؤهلة للاستفادة منه.
2. توفر مستشفى Akron Children's الرعاية منخفضة التكلفة أو الخيرية لأولئك غير المؤهلين للاستفادة من برنامج HCAP.



إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لسداد فاتورة المستشفى:

- قم بتعبئة هذا الطلب. لشرح الأسئلة فيما يتعلق بالمساعدة التي يتم توفيرها وكيفية تقديم طلب للاستفادة منها، اتصل بقسم الاستشارات المالية: 330-543-2455.

إذا كانت لديك أسئلة حول فاتورتك، فاتصل بقسم خدمات العملاء: 800-933-7440, 330-543-8500

قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو بتكلفة مخفضة في المستشفى.

تقدم Akron Children's Hospital مساعدة مالية للعائلات التي لا يمكنها دفع فواتير المستشفى.

1. برنامج HCAP: للتأهل للحصول على رعاية مجانية، يجب أن يكون المرضى من سكان ولاية أوهايو، ولا يحصلون حالياً على امتيازات برنامج Medicaid، ودخل الأسرة يساوي أو أقل من توجيهات الفقر الفيدرالية.

توجيهات الفقر الفيدرالية - 15 يناير 2020

عدد أفراد الأسرة	الدخل السنوي
1	12760 دولارًا
2	17240 دولارًا
3	21720 دولارًا
4	26200 دولار
5	30680 دولارًا
6	35160 دولارًا
7	39640 دولارًا
8	44120 دولارًا
لكل شخص إضافي	تتم إضافة 4480 دولارًا

2. إذا لم تكن مؤهلاً للاستفادة من برنامج HCAP أو إذا كان دخلك أعلى من مستوى الفقر، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة أخرى. توفر مستشفى Akron Children's رعاية منخفضة التكلفة أو رعاية خيرية للعائلات التي تعاني من ضائقة مالية. يرجى زيارة الموقع <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

اتصل بالمستشار المالي لشرح الأسئلة المتعلقة بالمساعدة المالية وكيفية التقديم: 330-543-2455.

تتاح خدمات الترجمة: يتم توفير المساعدة بلغات أخرى. اتصل بـ Language Access Services للحصول على المساعدة.

المترجمون الفوريون متاحون



توفر مستشفى Akron Children's Hospital هذه الخدمات مجاناً لكبير المترجمون الفوريون وجهاً لوجه
• المترجمون الفوريون عبر الهاتف وعبر مؤتمرات الفيديو
• 200 لغة
• أدوات التواصل المساعدة للأشخاص الذين يعانون من الصمم أو السمع أو الذين يعانون من إعاقات في التواصل
اطلب المساعدة من أي فرد من أفراد فريق العمل في المستشفى
خدمات الوصول إلى اللغة: 330-543-3036

One Perkins Square
Akron, OH 44308
330-543-1000
akronchildrens.org
1/20-3366

كيفية تقديم الطلب

أكمل طلباً منفصلاً لكل حالة دخول للمرضى إلى العيادات الداخلية ما لم يتم إعادة إدخال المريض بسبب نفس الحالة التي تم إدخاله المستشفى بسببها خلال 45 يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى.

أهلية خدمات العيادات الخارجية صالحة لمدة 90 يوماً من تاريخ الخدمة الأول.

1. قم بتعبئة تاريخ (تواريخ) الخدمة.

2. يجب أن تتم تعبئة كل المساحات السارية في نموذج الطلب.

3. يجب أن يتم التوقيع على نموذج الطلب وتاريخه.

4. إذا كان المريض طفلاً قاصراً:

- يجب أن يتم توفير اسمي كلا الوالدين، سواء كانوا يعيشون في نفس المنزل أم لا.
- يجب أن يتم توفير الدخل (إذا كان معروفاً) لكلا الوالدين، سواء كانوا يعيشون في نفس المنزل أم لا.
- تشمل أمثلة الدخل إجمالي الأجور (قبل الضرائب)، وإعالة الطفل، والنفقة، وإيرادات الإيجار، وتعويض البطالة، واستحقاقات الضمان الاجتماعي، والمساعدة العامة، وما إلى ذلك.

5. يجب تقديم وثائق الدخل الإجمالي

للفترة الزمنية الصحيحة المحددة في نموذج الطلب (3 أشهر أو 12 شهراً قبل تاريخ الخدمة). هذا لا يشمل شهر الخدمة.

قد تكون وثائق الدخل عبارة عن كعوب الراتب، أو بيان أرباح من صاحب العمل، أو تحديد امتيازات من دخل الضمان الاجتماعي أو الضمان الاجتماعي للمعاقين. ملاحظة: لا يمكن استخدام W2 إلا إذا كان تاريخ الخدمة في يناير.

إذا تم سرد الدخل في الطلب، يجب تقديم الوثائق لذلك الدخل. يرجى تقديم نسخ فقط - يتم إرجاع الوثائق.

لن يتم قبول معلومات الدخل غير المكتملة دون توضيح.

6. إذا كان الدخل صفرًا (0.00 دولار)، يجب عليك تقديم شرح قصير لكيفية تلبية نفقات المعيشة.

7. تحقق من الطلب وقم بالتوقيع عليه وتاريخه.

8. قم بتقديم الطلب وجميع الوثائق إلى:

• عبر البريد: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 910, Akron, OH 44309-0910

• عبر البريد الإلكتروني: قم بإرسال الوثائق إلى عنوان البريد الإلكتروني finccounsel@akronchildrens.org

• يبدأ بيد بشكل شخصي: يتم تقديم الطلب والوثائق في الطابق الثالث في المستشفى أو في أي موقع لتسجيل المرضى.

• عبر الفاكس: 330-543-3146

طلب المساعدة المالية (HCAP/الرعاية الخيرية) تاريخ (تواريخ) الخدمة:

يقدم مستشفى Akron Children's Hospital برنامجًا للمساعدة المالية لجميع المرضى المحتاجين ماليًا، على جميع مستويات الدخل، استنادًا إلى مقياس متغير. قد يكون المرضى الذين لا يتأهلون للحصول على المساعدة من خلال برنامج Medicaid مؤهلين للحصول على الرعاية الخيرية بناءً على توجيهات الفقر الفيدرالية.

معلومات المريض

الاسم الكامل	الاسم الكامل	الاسم الكامل
العنوان	العنوان	العنوان
المدينة	المدينة	المدينة
الولاية	الولاية	الولاية
رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف
رقم الضمان الاجتماعي للمريض		

يجب الإجابة عن الأسئلة التالية من أجل معالجة طلبك:

- هل كان المريض مقيمًا في ولاية أو هابو في تاريخ تقديم الخدمات من المستشفى؟ نعم لا
 - هل كان لدى المريض تأمين صحي آخر بخلاف Medicaid في وقت تقديم الخدمات؟ نعم لا
 - هل كان المريض يتلقى الاستفاداة بشكل نشط من برنامج Medicaid في وقت تقديم الخدمات؟ نعم لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، فإن اسم شركة التأمين ورقم تعريف المريض بها هو: _____
- إذا كانت الإجابة بنعم، فإن رقم معرف المتلقي لبرنامج Medicaid هو: _____
- اختر ما إذا كنت تعمل لحسابك، وقم بتضمين وثيقة 1040 والجدول الزمني المناسب الخاص بك، أو بيان W2/1099 للأرباح / الخسائر لمدة 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة.
- قم بتوفير المعلومات التالية للمريض وجميع الأشخاص الذين يعيشون في المنزل بالنسبة لبرنامج HCAP، يتم تعريف "الأسرة" كما يلي: المريض، والدا المريض، جميع أشقاء المريض (الطبيعيين أو بالتبني).
*يمكن إرفاق ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

اسم فرد الأسرة	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	سنوات شغل الوظيفة	إجمالي الدخل لـ 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة	إجمالي الدخل لـ 12 شهرًا قبل تاريخ الخدمة
1.	المريض					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

يجب أن يتم إرفاق وثائق الدخل مع هذا الطلب. تشمل أمثلة الدخل إجمالي الأجر (قبل الضرائب)، وإعالة الطفل، والنفقة، وإيرادات الإيجار، وتعويض البطالة، واستحقاقات الضمان الاجتماعي، والمساعدة العامة، وما إلى ذلك. إذا أبلغت عن أنك ليس لديك أي دخل (0.00 دولار)، يرجى توضيح كيف كان يتم توفير الاحتياجات الأساسية من الغذاء والسكن قبل تاريخ الخدمة أدناه. *يمكنك إرفاق ورقة إضافية إذا لزم الأمر.

برامج استخدام المكتبي فقط

برنامج HCAP الخيري

1.

2.

3.

4.

5.

6.

توقيع مقدم الطلب/ ولي الأمر

التاريخ

* ضع علامة إذا كانت هناك ورقة إضافية تم إرفاقها بهذا الطلب