

Cómo aplicar

Complete una solicitud por separado para cada admisión como paciente hospitalizado a menos que el paciente sea readmitido por la misma afección dentro de los 45 días posteriores al alta.

La elegibilidad del servicio para pacientes ambulatorios es válida durante 90 días a partir de la primera fecha de servicio.

1. Complete la(s) **FECHA(S) DE SERVICIO**.
2. **TODAS** las áreas aplicables en el formulario de solicitud deben **COMPLETARSE**.
3. El formulario de solicitud debe **FIRMARSE** y **FECHARSE**.
4. Si el paciente es un menor de edad:
 - Se deben proporcionar los **NOMBRES DE AMBOS PADRES**, ya sea que vivan o no en casa.
 - Se debe proporcionar información sobre los **INGRESOS** (si se conocen) **DE AMBOS PADRES**, ya sea que vivan o no en casa.
 - **LOS EJEMPLOS DE INGRESOS** incluyen salarios brutos (sin incluir impuestos), manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, etc.
5. **SE DEBE PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS BRUTOS** durante el período de tiempo correcto indicado 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 puede incluir comprobantes de pago, declaración de ganancias del empleador o determinación de beneficios de SSI, SSD. Nota: Los W2 solo se pueden usar si la fecha de servicio es en enero.

Si el ingreso figura en la solicitud, se **DEBE** proporcionar documentación para ese ingreso. Proporcione **COPIAS SOLAMENTE, LOS DOCUMENTOS NO SERÁN DEVUELTOS**.

La información de ingresos incompleta **NO** será aceptada sin una explicación.

6. **SI EL INGRESO ES CERO (\$0.00)**, **DEBE** proporcionar una breve explicación de cómo se cubren los gastos básicos.
7. **VERIFIQUE, FIRME Y FECHÉ LA SOLICITUD**.
8. **ENVÍE** la solicitud y toda la documentación a:
 - **POR CORREO:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 910, Akron, OH 44309-0910
 - **POR CORREO ELECTRÓNICO:** Envíe los documentos por correo electrónico a fincounsel@akronchildrens.org
 - **EN PERSONA:** Ingreso por el tercer piso del hospital o cualquier centro de registro de pacientes.
 - **POR FAX:** 330-543-3146



Puede calificar para recibir atención hospitalaria gratuita o de costo reducido. Akron Children's ofrece asistencia financiera a familias que no pueden pagar sus facturas del hospital.

1. HCAP: Para calificar para recibir atención gratuita, los pacientes deben ser residentes de Ohio, no estar actualmente en Medicaid y tener un ingreso familiar igual o inferior a las Pautas federales de pobreza.

Pautas federales de pobreza - 15 de enero de 2020

Tamaño de la familia	Ingreso anual
1	\$12,760
2	\$17,240
3	\$21,720
4	\$26,200
5	\$30,680
6	\$35,160
7	\$39,640
8	\$44,120
Cada persona adicional	Añadir \$4,480

2. Si no es elegible para HCAP o tiene ingresos por encima del nivel de pobreza, puede calificar para otro tipo de asistencia. Akron Children's ofrece atención de costo reducido o de caridad a familias que tienen dificultades financieras. Visite <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

Llame a Asesoramiento financiero si tiene preguntas sobre asistencia financiera y cómo solicitarla: 330-543-2455.

Servicios de traducción disponibles: Asistencia proporcionada en otros idiomas. Comuníquese con Servicios de acceso a idiomas para obtener ayuda.

INTÉRPRETES DISPONIBLES

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

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

Pida 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
1/20-3366



¿Necesita ayuda para pagar las facturas del hospital?

Akron Children's Hospital puede proporcionar atención gratuita o de costo reducido.

Si necesita ayuda financiera:

1. El Programa para la Garantía de la Atención Hospitalaria (HCAP, por sus siglas en inglés) proporciona atención gratuita a las familias que califican.
2. Akron Children's ofrece atención de costo reducido o de caridad a aquellas personas que no son elegibles para HCAP.



Si necesita ayuda para pagar la factura del hospital:

- Complete esta solicitud Si tiene preguntas sobre qué tipo de ayuda se ofrece y cómo solicitarla, llame a Asesoramiento financiero: 330-543-2455.

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



Solicitud de asistencia financiera (HCAP/Atención de caridad)

Fecha(s) de servicio: _____

Akron Children's Hospital ofrece un programa de asistencia financiera a todos los pacientes con necesidades financieras, en todos los niveles de ingresos, con base en una escala móvil. Los pacientes que no califican para recibir asistencia a través de Medicaid pueden calificar para recibir atención de caridad según las Pautas federales de pobreza.

Información del paciente

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____
N.º de seguro social del paciente _____

Garante #1 (Persona responsable de pagar la factura)

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

Garante #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:

- ¿El paciente era residente de Ohio en la fecha del servicio hospitalario? Sí No
- ¿El paciente tenía un seguro de salud distinto de Medicaid al momento del servicio? Sí No
- ¿El paciente era un beneficiario activo de Medicaid al momento del servicio? Sí No

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

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

Marque si es un trabajador por cuenta propia e incluya su 1040 y el cronograma apropiado, o la Declaración de ganancias/pérdidas W2/1099 por 3 meses antes de la fecha del servicio.

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

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

La documentación de ingresos debe acompañar a esta solicitud. Los ejemplos de ingresos incluyen salarios brutos (sin incluir impuestos), manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública, etc.

Si usted informó cero ingresos (\$0.00), explique a continuación cómo se proporcionaron las necesidades básicas de alimentos y vivienda antes de la fecha del servicio. *Adjunte una hoja adicional si es necesario.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA	
HCAP	CARIDAD
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

MEDIANTE MI FIRMA A CONTINUACIÓN, AFIRMO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y COMPLETAS. AUTORIZO A AKRON CHILDREN'S HOSPITAL A ACTUAR EN MI NOMBRE PARA CALIFICARME PARA RECIBIR LA MEJOR ASISTENCIA PARA LA QUE SOY ELEGIBLE. A FIN DE BRINDAR APOYO, ENTIENDO QUE UN REPRESENTANTE DE AKRON CHILDREN'S HOSPITAL PUEDE COMUNICARSE CONMIGO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O UTILIZAR UNA ORGANIZACIÓN DE TERCEROS PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN FINANCIERA QUE FIGURA EN ESTA SOLICITUD.

Firma del solicitante/padre/madre

Fecha

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