

# कसरी आवेदन दिने

बिरामी डिस्चार्जको 45 दिनभित्र समान अवस्थाका लागि भर्ना नहुँदासम्म प्रत्येक अन्तरंग भर्नाका लागि एउटा छुट्टै आवेदन पूरा गर्नुहोस्।

बहिरंग सेवाको योग्यता सेवाको पहिलो दिनदेखि 90 दिनसम्मका लागि मान्य हुन्छ।

1. सेवाको मिति(हरू) भर्नुहोस्।
2. आवेदन फाराममा सबै लागूयोग्य क्षेत्रहरू पूरा गरिनुपर्छ।
3. आवेदन फाराममा हस्ताक्षर गरिएको र मिति लेखिएकोहुनुपर्छ।
4. बिरामी नाबालक बच्चा हुनुहुन्छ भने:
  - अभिभावकहरू घरमा बस्ने भएता वा नभए तापनि, दुवै अभिभावकहरूको नाम उपलब्ध गराउनुपर्छ।
  - अभिभावकहरू घरमा बस्ने भएता वा नभए तापनि, दुवै अभिभावकहरूको आम्दानी (थाहा भएमा) उपलब्ध गराउनुपर्छ।
  - आम्दानीका उदाहरणहरूमा कूल ज्याला (कर अघि), बाल सहायता, निर्वाह, भाडाको आम्दानी, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, सामाजिक सुरक्षा लाभहरू, सार्वजनिक सहायता, आदि समावेश हुन्छन्।
5. आवेदन फाराममा संकेत गरिएको सही समयवधि (सेवाको मितिको 3 महिना वा 12 महिना पूर्व) का लागि कूल आम्दानी कागजात उपलब्ध गराउनुपर्छ। यसमा सेवाको महिना समावेश हुँदैन।

**आम्दानी कागजातमा** भुक्तान विवरण, रोजगारदाताबाट प्राप्त भएको आर्जन विवरण वा SSI, SSD बाट प्राप्त भएका लाभहरूको निर्धारण हुन सक्छ। नोट: सेवाको मिति जनवरीमा भए मात्र W2's प्रयोग गर्न सकिन्छ।

आवेदनमा आम्दानी सूचीबद्ध गरिएको छ भने, उक्त आम्दानीका लागि कागजात उपलब्ध गराउनुपर्छ। कृपया प्रतिलिपिहरूमात्र उपलब्ध गराउनुहोस् – कागजातहरू फिर्ता गरिनेछैन।

अपूर्ण आम्दानीको जानकारी स्पष्टीकरण बिना स्वीकार गरिनेछैन।

6. आम्दानी शून्य (\$0.00) छ भने, तपाईंले जीवनयापनका खर्चहरू कसरी पूर्ति गरिएको छ भनी सानो स्पष्टीकरण उपलब्ध गराउनुपर्छ।
7. आवेदनमा प्रमाणित गर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।
8. निम्नमा आवेदन र सबै कागजात पेश गर्नुहोस्
  - **मेलद्वारा:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 910, Akron, OH 44309-0910
  - **इमेलद्वारा:** [fincounsel@akronchildrens.org](mailto:fincounsel@akronchildrens.org) मा कागजातहरू इमेल गर्नुहोस्
  - **व्यक्तिगत रूपमा:** अस्पतालको तेस्रो तल्ला वा कुनै पनि बिरामी दर्ताको साइटमा भर्ना गरेर।
  - **फ्याक्सद्वारा:** 330-543-3146



तपाईं निःशुल्क वा घटाइएको लागतको अस्पताल स्याहारका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। Akron Children's ले आफ्ना बिलहरू भुक्तान गर्न नसके परिवारहरूलाई आर्थिक सहायताको प्रस्ताव गर्दछ।

1. **HCAP:** निःशुल्क स्याहारको लागि योग्य हुन, बिरामीहरू ओहायो निवासीहरू, हाल मेडिकेड नभएका, संघीय गरिबी निर्देशिकाको वा सो भन्दा कम पारिवारिक आम्दानी भएका हुनुपर्छ।

संघीय गरिबी निर्देशिका - जनवरी 15, 2020

पारिवारिक आकार	वार्षिक आम्दानी
1	\$12,760
2	\$17,240
3	\$21,720
4	\$26,200
5	\$30,680
6	\$35,160
7	\$39,640
8	\$44,120
प्रत्येक थप व्यक्ति	\$4,480 थपुहोस्

2. तपाईं HCAP को लागि योग्य हुनुहुन्न वा गरिबी स्तरभन्दा माथिको आम्दानी छ भने, तपाईं अन्य सहायताका लागि योग्य ठहरिन सक्नुहुन्छ। Akron Children's ले आर्थिक कठिनाइ भएका परिवारहरूलाई घटाइएको लागत वा परोपकार स्याहारको प्रस्ताव गर्दछ। कृपया <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> मा जानुहोस्

आर्थिक सहायता बारे प्रश्नहरूका लागि र यसको लागि कसरी आवेदन दिने भनी आर्थिक परामर्शलाई 330-543-2455 मा फोन गर्नुहोस्।

अनुवादन सेवाहरू उपलब्ध छन्: अन्य भाषाहरूमा सहायता उपलब्ध गराइन्छ। मद्दतका लागि भाषा पहुँच सेवाहरूमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

**दोभाषेहरू उपलब्ध छन्**

Akron Children's Hospital ले उपर्युक्त वी सेवाहरू निम्न शुल्क प्रदान गर्छ:

- प्रत्यक्ष सेवाहरू
- 200 भाषाहरूमा फोन र भिडियोबाट अनुवादन गर्ने सेवाहरू
- कानो (कान मनुष्य), अन्धो (आँखा नदेख्ने) वा मञ्जार सम्बन्धी अनुभववाहक भाषाका मानिसहरूको लागि महाकव मञ्जार उपकरणहरू

अन्य भाषाहरूमा सहायताको लागि अनुवादन गर्नुहोस्।  
भाषा पहुँच सेवाहरू: 330-543-3036

One Perkins Square  
Akron, OH 44308  
330-543-1000  
[akronchildrens.org](http://akronchildrens.org)  
1/20-3366



## तपाईंलाई अस्पताल बिलहरू भुक्तानी गर्नमा मद्दतको आवश्यकता पर्छ?

Akron Children's अस्पतालले निःशुल्क वा घटाइएको लागत स्याहार उपलब्ध गराउन सक्छ।

तपाईंलाई आर्थिक मद्दतको आवश्यकता पर्छ भने:

1. The Hospital Care Assurance Program (अस्पताल स्याहार आश्वासन कार्यक्रम, (HCAP)) ले योग्य परिवारहरूलाई निःशुल्क स्याहार उपलब्ध गराउँछ।
2. Akron Children's ले HCAP को लागि योग्य नभएका मानिसहरूलाई घटाइएको लागत वा परोपकार स्याहारको प्रस्ताव गर्दछ।



तपाईंलाई आफ्नो अस्पतालको बिल भुक्तान गर्नका लागि मद्दतको आवश्यकता पर्छ भने:

- यो आवेदन भर्नुहोस्। के-कस्तो मद्दत प्रस्ताव गरिन्छ र कसरी आवेदन दिने भन्नेबारे प्रश्नहरूका लागि, आर्थिक परामर्शलाई 330-543-2455 मा फोन गर्नुहोस्।

तपाईंसँग आफ्नो बिल बारे प्रश्न भएमा, ग्राहक सेवामा फोन गर्नुहोस्: 330-543-8500, 800-933-7440

# आर्थिक सहायता आवेदन (HCAP/परोपकार स्याहार)

सेवाको मिति(हरू): \_\_\_\_\_

Akron Children's अस्पतालले स्लाइडिङ्ग स्केलको आधारमा सबै आम्दानी स्तरहरूमा आर्थिक आवश्यकता भएका सबै बिरामीहरूलाई आर्थिक सहायता कार्यक्रमको प्रस्ताव गर्दछ। मेडिकेड मार्फत सहायताका लागि योग्य नभएका बिरामीहरू संघीय गरिबी निर्देशिकामा आधारित परोपकार स्याहारका लागि योग्य हुन सक्छन्।

## बिरामीको जानकारी

पूरा नाम \_\_\_\_\_  
 ठेगाना: \_\_\_\_\_  
 सहर \_\_\_\_\_  
 राज्य \_\_\_\_\_ जीप \_\_\_\_\_  
 फोन \_\_\_\_\_  
 बिरामीको SSN \_\_\_\_\_

## #1 उत्तरदायी (बिल भुक्तान गर्नका लागि जिम्मेवार व्यक्ति)

पूरा नाम \_\_\_\_\_  
 ठेगाना: \_\_\_\_\_  
 सहर \_\_\_\_\_  
 राज्य \_\_\_\_\_ जीप \_\_\_\_\_  
 फोन \_\_\_\_\_

## #2 उत्तरदायी (बिल भुक्तान गर्नका लागि जिम्मेवार व्यक्ति)

पूरा नाम \_\_\_\_\_  
 ठेगाना: \_\_\_\_\_  
 सहर \_\_\_\_\_  
 राज्य \_\_\_\_\_ जीप \_\_\_\_\_  
 फोन \_\_\_\_\_

## तपाईंको आवेदनको प्रक्रिया गर्नका लागि निम्नलिखित प्रश्नहरूको जवाफ दिनुपर्दछ:

- अस्पताल सेवाको मितिमा बिरामी ओहायोको निवासी हुनुहुन्थ्यो?  हो  होइन
- बिरामीसँग सेवाको मितिमा मेडिकेड बाहेक स्वास्थ्य बीमा थियो?  हो  थिएन थियो भने, बीमा कम्पनीको नाम र आइडी नम्बर: \_\_\_\_\_
- सेवाको मितिमा बिरामी सक्रिय मेडिकेड प्राप्त हुनुहुन्थ्यो?  हो  होइन हुनुहुन्थ्यो भने, मेडिकेड प्राप्तको आइडी नम्बर: \_\_\_\_\_

तपाईं स्वयं-व्यवसायि हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्छ भनी जाँच गर्नुहोस् र सेवाको मिति पूर्व 3 महिनासम्मका आफ्नो 1040 र उपयुक्त अनुसूची वा W2/1099 नाफा/नोक्सान विवरण समावेश गर्नुहोस्।

बिरामी र घरमा बस्ने सबै मानिसहरूका लागि निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। HCAP को लागि, "परिवार" लाई निम्न तरिकाले परिभाषित गरिन्छ: बिरामी, बिरामीको आमाबुवा, सबै बिरामीको सहोदरहरू (आफ्नै वा अंगीकृत)।  
**\*\*आवश्यकता भएमा थप पाना संलग्न गर्नुहोस्।**

परिवार सदस्यको नाम	बिरामीसँगको सम्बन्ध	जन्ममिति	आम्दानीको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम	काम गर्न लागेको वर्ष	सेवाको मिति पूर्व 3 महिनाको लागि कूल आम्दानी	सेवाको मिति पूर्व 12 महिनाको लागि कूल आम्दानी
1.	बिरामी					
2.						
2.						
4.						
5.						
6.						

यो आवेदनको साथमा आम्दानीको कागजात हुनुपर्छ। उदाहरणहरूमा कूल ज्याला (कर अघि), बाल सहायता, निर्वाह, भाडाको आम्दानी, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, सामाजिक सुरक्षा लाभहरू, सार्वजनिक सहायता, आदि समावेश हुन्छन्।

यदि तपाईंले शून्य (\$0.00) आम्दानी भएको बताउनुभयो भने, कृपया सेवाको मितिपूर्व आधारभूत खाद्य र घरेलु आवश्यकताहरू कसरी उपलब्ध गराएको थियो भनी तल व्याख्या गर्नुहोस्। **\*आवश्यकता भएमा थप पाना संलग्न गर्नुहोस्।**

र्यालय प्रयोगको लागि मात्र	
HCAP	परोपकार
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

तलको मेरो हस्ताक्षरले, म यस आवेदनमा दिएका उत्तरहरू मेरो उत्कृष्ट ज्ञानका आधारमा सत्य र पूरा छन् भनी स्वीकार गर्दछु। म AKRON CHILDREN'S अस्पताललाई म योग्य भएको उत्कृष्ट सहायताका लागि मलाई योग्य ठहराउन भनी मेरो पक्षमा कार्य गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु। समर्थन उपलब्ध गराउनका लागि, AKRON CHILDREN'S अस्पतालको प्रतिनिधिले थप जानकारीका लागि सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ वा यस आवेदनमा उल्लेख गरिएको आर्थिक सहायता प्रमाणित गर्नका लागि तेस्रो-पक्षीय सङ्गठन प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ भनी म बुझ्दछु।

आवेदक/आमाबुवाको हस्ताक्षर

मिति

\* यस आवेदनमा दोस्रो पाना समावेश गरिएको छ वा छैन भनी यहाँ जाँच गर्नुहोस्