

Fason pou aplike

Ranpli yon aplikasyon separe pou chak admisyon nan lopital la, sof si pasyan an ospitalize anko pou menm kondisyon an nan lesplas 45 jou apre egzeyat.

Elijiblite pou sèvis pou pasyan ekstèn valab pou 90 jou apati premye dat sèvis la.

1. Endike **DAT SÈVIS YO**.
2. TOUT zòn ki aplikab sou fòm aplikasyon an dwe **RANPLI**.
3. Fòm aplikasyon an dwe **SIYEN** epi gen **DAT**.
4. Si pasyan an se yon timoun ki minè:
 - Ou dwe bay **NON TOUDE PARAN** yo, kit y ap viv oswa p ap viv nan kay la.
 - Ou dwe bay **REVNI** (si w konnen li) **POU TOUDE PARAN** yo, kit y ap viv oswa p ap viv nan kay la.
 - **EGZANP REVNI** gen ladan salè brit (anvan taks), pansyon alimantè pou timoun, pansyon alimantè pou konjwen, revni lokasyon, avantaj chomaj, avantaj sekirite sosyal, elatriye.

5. **OU DWE BAY DOKIMAN KI GEN RAPÒ AK REVNI BRIT** pou peryòd tan ki kòrèk ki endike sou fòm aplikasyon an (3 mwa oswa 12 mwa **ANVAN** dat sèvis la). Sa a **PA** enkli mwa sèvis la.

DOKIMAN KI GEN RAPÒ AK REVNI kapab souch chèk, deklarasyon salè anplwayè bay, oswa detèminasyon avantaj Revni Sekirite Siplemantè (Supplemental Security Income, SSI) ak Andikap Sekirite Sosyal (Social Security Disability, SSD) akòde. Nòt: W2 yo ka itilize sèlman si dat sèvis la se an janvyè.

Si gen revni ki endike nan aplikasyon an, ou **DWE** bay dokiman pou revni sa a. Tanpri bay **KOPI SÈLMAN – Y AP REMÈT DOKIMAN YO**.

Enfòmasyon sou revni enkonplè **P AP** aksepte san yon eksplikasyon.

6. **SI REVNI AN SE ZEWÒ (\$0.00), OU DWE** bay yon eksplikasyon ki pa long sou kòman ou reponn ak depans chak jou ou yo.
7. **VERIFYE, SIYEN AK METE DAT SOU APLIKASYON AN.**
8. **SOU MÈT aplikasyon ak tout dokiman:**

- **AN LIY:** Atravè kont MyChart ou an
- **ATRAVÈ LAPÒS:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
- **ATRAVÈ IMÈL:** Voye dokiman an atravè imèl nan finccounsel@akronchildrens.org
- **AN PÈSÒN:** Admèt nan 3yèm etaj la nan lopital la oswa nan nenpòt sèvis anrejistreman pasyan.
- **ATRAVÈ FAKS:** 330-543-3371



Ou ka kalifye pou swen lopital gratis oswa a pri redwi. Akron Children's bay asistans finansye pou fanmi ki pa kapab peye fakti lopital yo.

1. HCAP: Pou kalifye pou swen gratis, pasyan yo dwe yon rezidan Ohio, ki pa sou Medicaid aktyèlman, gen revni famiyal ki egal oswa enferyè ak Direktiv Povrete Federal.

DIREKTIV POVRETE 2026 POU 48 ETA VWAZEN AK DISTRI COLUMBIA	
Moun ki nan fanmi/fwaye	Gid povrete
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720

Pou fanmi/fwaye ki gen plis pase 8 moun, ajoute \$5,680 pou chak lòt moun.

2. Si ou pa elijib pou HCAP oswa ou gen revni ki pi wo pase nivo povrete a, ou ka kalifye pou lòt asistans. Akron Children's ofri pri redwi oswa swen charite pou fanmi ki gen difikilte finansyè. Tanpri vizite <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

Rele Konsèy Finansyè pou kesyon sou asistans finansyè ak fason pou aplike: 330-543-2455.

Sèvis tradiksyon ki disponib: Asistans yo bay nan lòt lang. Kontakte Sèvis Aksè Lang pou èd.



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



Èske ou bezwen èd pou peye fakti lopital yo?

Akron Children's ka bay swen gratis oswa a pri redwi.

Si w bezwen èd finansyè:

1. Pwogram Asirans Swen Lopital (Hospital Care Assurance Program, HCAP) bay fanmi ki kalifye swen gratis.
2. Akron Children's ofri swen a pri redwi oswa swen charite pou moun ki pa kalifye pou HCAP.



Si w bezwen èd pou peye fakti lopital ou a:

- Ranpli aplikasyon sa a. Pou kesyon sou èd yo ofri ak fason pou aplike, kontakte Sèvis Konsèy Finansyè nan finccounsel@akronchildrens.org or 330-543-2455.

Si w gen yon kesyon sou fakti w la, rele Sèvis Kliyan: 330-543-8500, 800-933-7440



Aplikasyon pou Asistans Finansyè (HCAP/Swen Charite)

Dat Sèvis (yo): _____

Akron Children's ofri yon Pwogram Asistans Finansyè pou tout pasyan ki gen bezwen finansyè, nan tout nivo revni, ki baze sou yon barèm degresif. Pasyan ki pa kalifye pou asistans atravè Medicaid ka kalifye pou swen charite ki baze sou Direktiv Federal An Tèm Povrete.

Enfòmasyon pou Pasyan

Non Konplè _____
 Adrès _____
 Vil _____
 Eta _____ Kòd Postal _____
 Telefòn _____
 Nimewo Sekirite Sosyal (Social Security Number, SSN) Pasyan _____

#1 Garan (Moun ki responsab pou peye fakti)

Non Konplè _____
 Adrès _____
 Vil _____
 Eta _____ Kòd Postal _____
 Telefòn _____

#2 Garan (Moun ki responsab pou peye fakti)

Non Konplè _____
 Adrès _____
 Vil _____
 Eta _____ Kòd Postal _____
 Telefòn _____

Ou dwe reponn kesyon ki vini annaprè yo pou trete aplikasyon w lan:

- Èske pasyan an te yon rezidan Ohio nan dat sèvis lopital la? Wi Non
 - Èske pasyan an te gen asirans sante ki pa Medicaid nan moman sèvis la? Wi Non Si wi, endike non konpayi asirans lan ak nimewo idantifikasyon an: _____
 - Èske pasyan an te gen asirans Medicaid aktif nan moman sèvis la? Wi Non Si wi, endike nimewo idantifikasyon benefisyè Medicaid la: _____
- Koche si ou se yon travayè endepandan epi atache fòm 1040 ou an ak aneks ki apwopriye a, oswa Deklarasyon Pwofi/Pèt W2/1099 ou an pou 3 mwa ki vini anvan dat sèvis la.

Bay enfòmasyon ki vini annaprè yo pou pasyan an ak tout moun k ap viv nan kay la. Pou HCAP, "fanmi" defini kòm: pasyan, paran pasyan, tout frè ak sè pasyan yo (natirèl oswa adoptif). *Atache yon fèy anplis si sa nesèsè.

NON MANM FANMI AN	RELASYON AVÈK PASYAN AN	DAT NESANS	SOUS REVNI OSWA NON ANPLWAYÈ	ANE NAN TRAVAY	REVNI BRIT POU 3 MWA ANVAN DAT SÈVIS YO	REVNI BRIT POU 12 MWA ANVAN DAT SÈVIS YO
1.	<i>Pasyan</i>					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Dokiman sou revni yo dwe akonpaye aplikasyon sa a. Egzanp Revni gen ladan salè brit (anvan taks), pansyon alimantè pou timoun, pansyon alimantè pou konjwen, revni lokasyon, avantaj chomaj, avantaj sekirite sosyal, elatriye. Si ou te rapòte zewo (\$0.00) revni, tanpri eksplike anba a kòman ou te reponn ak bezwen ki gen pou wè ak manje debaz ak lojman anvan dat sèvis la. *Atache fèy adisyonèl si ou bezwen.

SÈLMAN BIWO A KI DWE EKRI LA	
HCAP	CHARITE
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

LÈ MWEN SIYEN ANBA A, MWEN AFIME DAPRÈ SA MWEN KONNEN REPONS SOU APLIKASYON SA YO SE VERITE EPI YO KONPLÈ. MWEN OTORIZE **AKRON CHILDREN'S** POU AJI NAN NON MWEN POU EDE M JWENN PI BON ASISTANS MWEN ELIJIB POU YO. POU BAY SIPÒ, MWEN KONPRANN YON REPRZANTAN **AKRON CHILDREN'S** KA KONTAKTE M POU PLIS ENFÒMASYON OSWA ITILIZE YON ÒGANIZASYON TWAZYÈM PATI POU VERIFYE ENFÒMASYON FINANSYÈ KI ENDIKE NAN APLIKASYON SA A.

Siyati Aplikan/Paran

Dat

* Verifye isit la pou wè si gen yon dezyèm fèy ki enkli nan aplikasyon sa a