

Fason pou aplike

Ranpli yon aplikasyon separe pou chak admisyon pou pasyan ki entènè sof si yo readmèt pasyan an pou menm kondisyon an nan lespas 45 jou apre egzeyat la.

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

1. Ranpli nan **DAT (YO) SÈVIS**.
2. TOUT zòn aplikab sou fòm aplikasyon an dwe **RANPLI**.
3. Fòm aplikasyon an dwe **SIYEN** epi **DATE**.
4. Si pasyan an se yon timoun minè:
 - La **NON DE PARAN** yo dwe bay, kit yo ap viv nan kay la oswa non.
 - **REVNI** (si yo konnen) **POU DE PARAN** yo dwe bay, kit yo ap viv nan kay la oswa non.
 - **EGZANP REVNI** enkli salè brit (anvan taks), sipò pou timoun, pansyon alimantè, revni lokasyon, konpansasyon pou chomaj, benefis sekirite sosyal, asistans piblik, elatriye.
5. **YO DWE BAY DOKIMANTASYON SOU REVNI BRIT** pou peryòd tan ki kòrèk la ki endike sou fòm aplikasyon an (3 mwa oswa 12 mwa **ANVAN** jiska dat sèvis la). Sa fè **PA** enkli mwa sèvis la.

DOKIMANTASYON REVNI ka peye souch, deklarasyon de salè nan men anplwayè, oswa detèminasyon benefis ki soti nan Revni Sekirite Sipleman (Supplemental Security Income, SSI), Enfimite Sekirite Sosyal (Social Security Disability, SSD). Nòt: W2 yo ka itilize sèlman si dat sèvis la se an janvyè.

Si revni yo endike sou aplikasyon an, dokiman **DWE** dwe bay pou revni sa a. Tanpri bay **KOPI SÈLMAN – DOKIMAN PAP RETOUREN**.

Enfòmasyon sou revni enkonplè **PA PRAL** dwe aksepte san yon eksplikasyon.
6. **SI REVNI ZERO (\$0.00), OU DWE** bay yon eksplikasyon kout sou fason yo peye depans pou viv yo.
7. **VERIFIE, SIYEN AK DATE APLIKASYON AN.**
8. **VOYE aplikasyon an ak tout dokiman yo:**
 - **SOU ENTÈNÈT:** Atravè kont MyChart ou
 - **ATRAVÈ LAPÒS:** Akron Children's Hospital Care Assurance, PO Box 1757, Akron, OH 44309
 - **ATRAVÈ IMÈL:** Imèl dokiman yo bay fincounsel@akronchildrens.org
 - **AN PÈSON:** Admèt nan 3yèm etaj lopital la oswa nenpòt sit anrejistreman pasyan yo.
 - **ATRAVÈ FAKS:** 330-543-3371



**Akron
Children's**

Ou ka kalifye pou swen lopital gratis oswa a pri redui. Akron Children's ofri asistans finansye pou fanmi ki pa kapab peye bòdwo lopital yo.

1. HCAP: Pou kalifye pou swen gratis, pasyan yo dwe rezidan Ohio, pa kounye a sou Medicaid, gen revni fanmi nan oswa pi ba a Gid Povrete Federal.

GID 2025 SOU POVRETE POU 48 ETA VWAZEN AK DISTRI COLUMBIA	
Moun ki nan fanmi/kay	Gid povrete
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150
Pou fanmi/kay ki gen plis pase 8 moun, ajoute \$5,500 pou chak lòt moun.	

2. Si w pa kalifye pou HCAP oswa si w gen yon revni ki pi wo pase nivo povrete a, ou ka kalifye pou lòt asistans. Akron Children's ofri pri redui oswa swen charitab pou fanmi ki gen difikilte finansye. Tanpri vizite <https://akronchildrens.org/pages/Finansye-Asistans.html>.

Rele Konsèy Finansye pou kesyon sou asistans finansye ak kijan pou aplike: 330-543-2455.

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



One Perkins Square
Akron, OH 44308
330-543-1000
akronchildrens.org
25/02- 6334



**Akron
Children's**

Èske ou bezwen èd pou peye bòdwo lopital?

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

Si w bezwen èd finansye:

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



Si w bezwen èd pou peye bòdwo lopital ou a:

- Ranpli aplikasyon sa a. Pou kesyon sou ki èd yo ofri ak kijan pou aplike, kontakte Financial Counseling nan fincounsel@akronchildrens.org oswa 330-543-2455.

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



Aplikasyon pou Asistans Finansye (HCAP/Charity Care) Dat (yo) Sèvis: _____

Akron Children's ofri yon Pwogram Asistans Finansye pou tout pasyan ki gen bezwen finansye, nan tout nivo revni, ki baze sou yon echèl glisman. Pasyan ki pa kalifye pou asistans atravè Medicaid ka kalifye pou swen charitab dapre Gid Povrete Federal yo.

Enfòmasyon sou Pasyan

Ftout Non _____

Adrès _____

Vil _____

Eta _____ Kòd postal _____

Telefòn _____

SSN Pasyan an _____

#1 garanti (Moun ki responsab pou peye bòdwo)

Ftout Non _____

Adrès _____

Vil _____

Eta _____ Kòd postal _____

Telefòn _____

#2 garanti (Moun ki responsab pou peye bòdwo)

Ftout Non _____

Adrès _____

Vil _____

Eta _____ Kòd postal _____

Telefòn _____

Yo dwe reponn kesyon sa yo pou trete aplikasyon w lan:

1. Èske pasyan an te yon rezidan Ohio nan dat sèvis lopital la?

☐ Wi ☐ Non
2. Èske pasyan an te gen asirans sante ki pa Medicaid nan moman sèvis la?

☐ Wi ☐ Non Si wi, non konpayi asirans ak nimewo ID: _____
3. Te pasyan yon ACbenefisyè Medicaid nan moman sèvis la?

☐ Wi ☐ Non Si wi, nimewo ID benefisyè Medicaid: _____
- ☐ Tcheke si w se yon travayè endepandan epi mete 1040 ou ak orè apwopriye, oswa W2/1099 Deklarasyon Pwofi/Pèt pou 3 mwa anvan dat sèvis la.

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

NON MANM FANMI	RELASYON AK PASYAN	DAT NESANS	SOUS REVNI OSWA NON ANPLWAYE	ANE NAN TRAVAY	REVNI BRIT POU 3 MWA AVAN DAT SÈVIS	REVNI BRIT POU 12 MWA AVAN DAT SÈVIS
1.	Pasyan					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Dokiman sou revni yo dwe akonpaye aplikasyon sa a. Men kèk egzanp sou revni yo enkli salè brit (anvan taks), sipò pou timoun, pansyon alimantè, revni lokasyon, konpansasyon pou chomaj, benefis sekirite sosyal, asistans piblik, elatriye.

Si ou rapòte zewo (\$0.00) revni, tanpri eksplike pi ba a ki jan yo te bay bezwen manje ak lojman debaz anvan dat sèvis la. *Tache fèy adisyonèl si sa nesèsè.

OFFICE USE ONLY	
HCAP	CHARITY
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

PA SIYATI MWEN ANBA A, MWEN AFIME KE DAPRÈ SA MWEN KONNEN REPONS SOU APLIKASYON SA A SE VRE AK KONPLÈ. MWEN OTORIZE **AKRON CHILDREN'S** POU AJI NAN NON MWEN POU KALIFYE MWEN POU PI BON ASISTANS MWEN KALIFYE POU LA. POU POU BAY SIPÒ, MWEN KONPRANN YON **AKRON CHILDREN'S** REPREZANTAN KAPAB KONTAKTE M POU YON ENFÒMASYON ADDISYONÈL OSWA ITILIZE YON ÒGANIZASYON TWAZYÈM PATI POU VERIFYE ENFÒMASYON FINANSYÈ YO KI DEKRI SOU APLIKASYON SA A.

☐ ***** Tcheke la a si gen yon dezyèm fèy ak aplikasyon sa a

Siyati Aplikan/Paran

Dat