

آيا تاسو د روغتون بيلونو په ورکولو کې مرسته غواړئ؟

Akron Children's ممکن وړيا يا کم لگښت لرونکي د پاملرنې خدمات وړاندې کړي.

که چير پمالي مرستې ته اړتيا لری:

1. د روغتون د پاملرنې تضمین پروگرام (HCAP) هغو کورنيو ته وړيا پاملرنه برابروي چې په شرایطو برابر دي.
2. Akron Children's هغو کسانو ته چې د HCAP وړ نه دي، کم لگښت لرونکي يا خیریه پاملرنه وړاندې کوي.



که د روغتون بيلونو په ورکولو کې مرستې ته اړتيا لری:

- دا غوښتنلیک دک کړئ. د مرستو په اړه پوښتنو او د غوښتنلیک د څرنګوالي په اړه، د مالي مشورې له برخې سره په fincounsel@akronchildrens.org يا 330-543-2455 اړیکه ونیسئ.

که چيري د خپل بیل په هکله پوښتنې لری، د پېرودونکو خدمت ته زنگ ووهئ: 330-543-8500، 800-933-7440

بنايي تاسی د روغتون د وړيا يا کم لگښته پاملرنې وړ یاست. Akron Children's هغو کورنيو ته مالی مرسته وړاندې کوي چې د روغتون بیلونه نشي ورکولی.

1. HCAP: د وړيا پاملرنې لپاره په شرایطو د برابروالي په موخه، مریضان باید د اوهایو اوسیدونکي وي چې دا مهال د Medicaid تر چتر لاندې نه دي، د کورنی عاید یې د فدرالی فقر لارښودونو سره برابر یا کم دی.

د 48 نودې پرتو ایالتونو او د کولمبیا ناحیې لپاره د 2026 کال د فقر لارښوونې	
د کورنی غړي	د بېوزلی لارښود
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720

د هغو کورنو/کورنيو لپاره چې له 8 څخه زیات کسان لري، د هر اضافی کس لپاره \$5,680 اضافه کړئ.

2. که تاسو د HCAP لپاره وړ نه یاست یا عاید مو له له کچې فقر څخه پورته وی، نو کیدای شی د نورو مرستو لپاره په شرایطو برابر واوسئ. Akron Children's هغو کورنيو ته کم لگښته يا خیریه پاملرنه وړاندې کوي چې مالي ستونزې لري. مهربانی وکړئ <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

د مالي مرستې په اړه پوښتنو او د غوښتنې کولو څرنګوالي په اړه له مالي سلا مشورې سره اړیکه ونیسئ: 330-543-2455.

د ژباړې خدمت شته دی: په نورو ژبو کې مرسته ورکول کېږی. د مرستې لپاره د ژبې لاسرسی خدماتو سره اړیکه ونیسئ.

1. د خدمت نېټه (نېټې) دکې کړئ.
2. د غوښتنلیک فورمې ټولې د تطبیق وړ برخې باید بشپړې شي.
3. د غوښتنلیک فورمه باید لاسلیک او نېټه ولري.
4. که ناروغ کوچنی ماشوم وی:

- د دواړو والدینو نومونه باید ورکړل شی، که چيري دوی په کور کې ژوند کوي او که نه.
- عاید (که معلوم وی) په دې برخه کې د دواړو والدینو اړوند معلومات باید ورکړل شي، که هغوی په کور کې ژوند کوي یا نه.
- د عایداتو مثالونه عبارت دی له: ناخالص معاشونه (د ماليې مخکې)، د ماشومانو ملاتړ، نقی، د کرایې عاید، د بېکارۍ خساره، د ټولنیز امنیت گټې، او نور.

5. د ناخالص عاید اسناد باید د غوښتنلیک فورم کې ښودل شوي سم وخت لپاره وړاندې شی (3 میاشتې يا 12 میاشتې د خدمت له نېټې مخکې). په دې کې د خدمت میاشت شامله نه ده.

د عاید اسناد کېدای شی د معاش رسېدونه، د کارګمارونکي له خوا د عایداتو بیان، يا د SSI، SSD څخه د گټو ټاکنه وي. په یاد ولری: W2 یوازي هغه مهال کارول کېدای شي، که چيري د خدمت نېټه په جنورۍ کې وي.

که عاید په غوښتنلیک کې ذکر شوی وي، نو د هغه عاید لپاره باید اسناد وړاندې شي. مهربانی وکړئ یوازي کاپي وړاندې کړئ – اسناد به بیرته درته نه درکول کېږي.

د عاید نیمګړي معلومات به له تشریح پرته ونه منل شي.

6. که عاید صفر ډالره وي (\$0.00)، باید لنډ وضاحت ورکړئ چې څنگه د ژوند لگښتونه پوره کېږي.

7. د غوښتنلیک تایید، لاسلیک او نېټه کړئ.

8. غوښتنلیک او ټول اسناد وسپارئ:

• آتلاين: ستاسو د MyChart حساب له لاري
• د پوسټخوني له لاري: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309

• د بریښنالیک له لاري: اسناد دي بریښنالیک ته ولېږئ fincounsel@akronchildrens.org

• په ش خصیتوګه: د روغتون په 3 پور يا د ناروغ د ښتولو هر خای کې.

• د فکس له لاري: 330-543-3371

شفايي ژباړن شته دي



Akron Children's Hospital دا خدمت تاسو ته په وړيا ټول والدي کوي:

- مخامخ شفايي ژباړن
- په 200 ژبو کې ټېلوني او وېبډي شفايي ژباړن
- د هغو کسانو لپاره مرستندويه اړتيايي وسایل چې ګډه راډه يا د اړیکو په ټینګولو کې ستونزه لري

د مرستې لپاره د کارکوونکي له کوم غړي پوښتنه وکړئ د ژبې د لاسرسي خدمتونه 330-543-6897

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

د مالي مرستې غوښتنلیک (HCAP/خیریه پاملرنه) د خدمت نیټه(نېټې):

Akron Children's هغو ټولو ناروغانو ته مالي مرسته وړاندیز کوي چې مالي مرستې ته اړتیا لري او د بدلیدونکي پیماني پر اساس د عاید په ټولو کچو کې وي. هغه ناروغان چې د Medicaid له لارې د مرستې وړ نه دي، بنایي د بېوزلې د فدرالي لارښوونو له مخې د خیریه پاملرنې لپاره په شرایطو برابر شي.

د ناروغ معلومات

بشپړ نوم _____	بشپړ نوم _____	بشپړ نوم _____
پته _____	پته _____	پته _____
ښار _____	ښار _____	ښار _____
ایالت _____	ایالت _____	ایالت _____
د ناروغ SSN _____	د ایاالت زپ کود _____	د ایاالت زپ کود _____
تلیفون _____	تلیفون _____	تلیفون _____

ستاسو د غوښتنلیک پروسس کولو لپاره باید لاندې پوښتنې ځواب کړې شي:

- آیا ناروغ د روغتون د خدمت په نېټه د اوهایو اوسیدونکی ؤ؟
 - آیا ناروغ د خدمت پر مهال د Medicaid پرته بله روغتیايي بیمه لرله؟
 - آیا ناروغ د خدمت پر مهال فعال Medicaid تر پوښن لاندې وو؟
- دا په چک یا په نښه کړئ که تاسو شخصي کاروبار لرئ او خپل 1040 او اړوند مهالویش، یا د W2/1099 د کټي/تاوان اظهارنامه د خدمت له نیټې مخکې د 3 میاشتو لپاره شامله کړئ.

د ناروغ او هغو ټولو کسانو لپاره لاندې معلومات چمتو کړئ چې په کور کې اوسېږي. د **HCAP** لپاره، "کورنۍ" داسې تعریف کیږي: ناروغ، د ناروغ والدین، د ټولو ناروغانو وروڼه او خویندې (طبیعی یا منل شوي). **چک** اړتیا وی، اضافی پاته هم ضمیمه کړئ.

د کورنۍ د غړي نوم	له ناروغ سره یې اړیکه	د زېږېدنې نېټه	د عاید سرچینه یا د گومارونکي نوم	د دندې کلونه	د خدمت له نیټې مخکې د 3 میاشتو لپاره مجموعی عاید	د خدمت له نیټې مخکې د 12 میاشتو لپاره ناخالص عاید
1.	ناروغ					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

د عاید اسناد باید له همدغه غوښتنلیک سره مل وي. د عایداتو مثالونه عبارت دی له: ناخالص معاشونه (د مالیاتو مخکې)، د ماشوم ملاتړ، نفقې، د کرایې عاید، د بېکاری د جبران، ټولنیز امنیت کټي، او نور. که تاسو صفر (\$0.00) عاید راپور کړی وي، مهربانی وکړئ لاندې تشریح کړئ چې د خدمت له نیټې مخکې بنسټیز خوراکی او د استوګنې اړتیاوې څنګه برابرې شوي وي. **چک** اړتیا وي، اضافی پاته هم ضمیمه کړئ.

یوازې د اداري کارونې لپاره دی	
HCAP	خیریه
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

زه لاندې په خپل لاسلیک سره تاییدوم چې زما د پوره پوهې له مخې د دغه غوښتنلیک ځوابونه سم او بشپړ دي. زه **AKRON CHILDREN'S** ته اجازه ورکوم چې زما په استازیتوب عمل وکړي ترڅو ما د هغه غوره مالي مرستې لپاره وړ وګرځوي چې زه یې مستحق یم. د ملاتړ لپاره، زه پوهیږم چې د **AKRON CHILDREN'S** استازي کولی شي له ما سره د نورو معلوماتو لپاره اړیکه ونیسي یا د دی غوښتنلیک کې د ورکړل شویو مالي معلوماتو تائید لپاره له دریمې ډلې سازمان وکاروي.