

## ایا د روغتون بیلونو په تادیه کولو کې مرستې ته اړتیا لرئ؟

Akron Children ښایي وړیا یا کم لګښته پاملرنه چمتو کړي.

که چیرې مالي مرستې ته اړتیا لرئ:

1. د روغتون پاملرنې د ډاډمنتیا پروګرام (Hospital Care Assurance Program, HCAP) وړ کورنیو ته وړیا پاملرنه چمتو کوي.
2. Akron Children د هغو کسانو لپاره کم لګښته یا خیریه پاملرنه وړاندیز کوي چې د HCAP پر شرایطو برابر نه وي.



که د روغتون بیلونو په ورکولو کې مرستې ته اړتیا لرئ:

- دغه غوښتنلیک بشپړ کړئ. په دې هکله د پوښتنو لپاره چې څه ډول مرسته وړاندیز کېږي او دا چې څنګه پلي وکړئ، په [finccounsel@akronchildrens.org](mailto:finccounsel@akronchildrens.org) یا 330-543-2455 سره له مالي مشورې سره اړیکه ونیسئ.

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

**ښایي د روغتون د وړیا یا کم لګښته پاملرنې وړ وي.**

د Akron Children هغو کورنیو ته مالي مرسته وړاندیز کوي چې د روغتون بیلونه یې نه شي ورکولی.

**1. HCAP: د وړیا پاملرنې مستحق کېدو لپاره ناروغان باید د اوهایو اوسېدونکي وي، او سمهال Medicaid ونه لري. د فدرال د غریبۍ لارښودونو پر کچه یا ترې کم د کورنۍ عاید ولري.**

| د 48 ګاونډیو ایالتونو او د کولمبیا حوزې لپاره د غریبۍ 2025 لارښودونه                 |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| د کورنۍ غړي                                                                          | د غریبۍ لارښود |
| 1                                                                                    | \$15,650       |
| 2                                                                                    | \$21,150       |
| 3                                                                                    | \$26,650       |
| 4                                                                                    | \$32,150       |
| 5                                                                                    | \$37,650       |
| 6                                                                                    | \$43,150       |
| 7                                                                                    | \$48,650       |
| 8                                                                                    | \$54,150       |
| هغه کورنۍ چې د غړو شمېر یې تر 8 کسانو ډېر وي، د هر اضافي کس لپاره \$5,500 اضافه کړئ. |                |

**2. که تاسو د HCAP پر شرایطو برابر نه وي یا مو عاید د غریبۍ تر کچې کم وي، ښایي د بل ډول مرستې وړ وي.**

Akron Children هغو کورنیو ته کم لګښته یا خیریه پاملرنه وړاندیز کوي چې مالي ستونزې لري. په مهربانۍ سره <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> ته مراجعه وکړئ.

**د مالي مرستې او دا چې څنګه پلي ورته وکړئ، په دې هکله له مالي سلا مشورې سره اړیکه ونیسئ: 330-543-2455.**

**د ژباړې خدمت شته دی:** مرسته په نورو ژبو کې چمتو کېږي. د مرستې لپاره د ژبې د لاسرسي خدمتونو سره اړیکه ونیسئ.

**شفاهي ژباړن شته دي**



Akron Children's Hospital تاسو ته دغه خدمتونه په وړیا ډول وړاندیز کوي:

- مخرج شفاهي ژباړن
- په 200 ژبو کې تلفوني او وېبډیو شفاهي ترجمان
- د هغو کسانو لپاره مرستندوي ارتباطي وسایل چې ګناه، رانده یا په ارتباط ټینګولو کې ستونزه لري

د مرستې لپاره له کوم کارکوونکي څخه پوښتنه وکړئ د ژبې د لاسرسي خدمتونه 330-543-3036

One Perkins Square  
Akron, OH 44308  
330-543-1000  
[akronchildrens.org](http://akronchildrens.org)  
02/25- 6334

## څنګه پل

د هر داخل بستري لپاره جلا غوښتنلیک بشپړ کړئ، ترڅو چې ناروغ تر رخصتېدو څخه په 45 ورځو کې بیا ځلي د ورته حالت لپاره داخل نه شي.

د غیر بستري خدمت وړوالې د خدمت تر لومړۍ نېټې څخه د 90 ورځو لپاره معتبر دی.

1. د خدمت نېټه (نېټې) ولیکئ.
2. د غوښتنلیک په فورمه کې ټولې پلي کېدونکې برخې باید بشپړې شوې وي.
3. د غوښتنلیک فورمه باید لاسلیک شوې او نېټه لیکل شوې وي.
4. که چیرې نارغ یو کوچنی ماشوم وي:
  - د دواړو والدينو نومونه باید چمتو شي، که په کور کې ژوند کوي یا نه
  - د دواړو والدينو عاید (که چیرې معلوم وي) باید چمتو شي که په کور کې ژوند کوي یا نه.
  - د عاید په مثالونو کې ناخالص معاش (تر ماليې مخکې)، د ماشوم ملاتړ، نقفه، د کرایې عاید، د بې کارۍ جبران، د ټولنیز امنیت امتیازات، عامه مرسته او نور شامل دي.
5. د ناخالص عاید اسناد باید د غوښتنلیک په فورمه کې د ښودل شوي وخت لپاره چمتو شي (3 میاشتې یا 12 میاشتې د خدمت تر نېټې مخکې) په یاد وخت کې د خدمت میاشت نه شاملېږي
  - د عاید اسناد کېدای شي د تادیې سټېب، د ګومارونکي لخوا د عاید بیان یا د خونديتوب تکميلي عاید (Supplemental Security Income, SSI)، د ټولنیز خونديتوب معلولیت (Social Security Disability, SSD) لخوا د امتیازاتو ټاکل وي. یادښت: W2 یوازې هغه مهال کارول کېدای شي، که چیرې د خدمت نېټه په جنوري کې وي.
  - که عاید په غوښتنلیک کې ذکر شوی وي، نو اسناد باید د دغه عاید لپاره چمتو شي په مهربانۍ سره یوازې کاپي چمتو کړئ - اسناد به بېرته درنه کړل شي.
  - د عاید نا بشپړ معلومات به له تشرېح پرته ونه منل شي.
6. که چیرې عاید صفر (\$0.00) وي، باید د دې یوه لنډه تشرېح ورکړئ چې د اوسېدو لګښتونه څنګه پوره کېږي.
7. غوښتنلیک تایید کړئ، لاسلیک او نېټه ورکړئ
8. غوښتنلیک او ټول اسناد وسپارئ.
- انلاین د MyChart حساب له لارې
- د پوست له لارې: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
- د برېښنالیک له لارې: اسناد [counsel@akronchildrens.org](mailto:counsel@akronchildrens.org)
- ته په برېښنالیک کې واستوئ.
- په حضوري ډول: د روغتون په 3 پور کې داخله اخیستل یا د ناروغ د راجستر کولو په کوم سایټ کې.
- د فکس له لارې: 330-543-3371

# د مالي مرستې غوښتنلیک (HCAP/خیریه پاملرنه)

د خدمت نېټه (نېټې): \_\_\_\_\_

Akron Children هغو ټولو ناروغانو ته مالي مرسته وړاندیز کوي چې مالي مرستې ته اړتیا لري او د بدلېدو وړ مقیاس پر اساس باندې د عاید په ټولو کچو کې وي. هغه کسان چې د Medicaid له لارې د مرستې وړ نه وي، د فدرالي غړۍ لارښود پر اساس د خیریه پاملرنې وړ وي.

## د ناروغ معلومات

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>#1 ضامن</b> (د بیل ورکولو مسوول) | <b>#2 ضامن</b> (د بیل ورکولو مسوول) |
| بشپړ نوم _____                      | بشپړ نوم _____                      |
| پته _____                           | پته _____                           |
| ښار _____                           | ښار _____                           |
| ایالت _____                         | ایالت _____                         |
| تلیفون _____                        | تلیفون _____                        |
| د ناروغ SSN _____                   |                                     |

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

- آیا ناروغ د روغتون د خدمت پر مهال د اوهایو اوسیدونکی و؟ ☐ هو ☐ نه
  - ایا ناروغ د خدمت پر مهال له Medicaid پرته بله روغتیايي بیمه درلوده؟ ☐ هو ☐ نه
  - ایا ناروغ د خدمت پر مهال د Medicaid یو فعال ترلاسه کوونکی و؟ ☐ هو ☐ نه
- ☐ په نښه کړئ، که چیرې تاسو ازاد شغل ولرئ او خپل 1040 او مناسب مهالوېش، د خدمت تر نېټې 3 میاشتې مخکې د W2/1099 د گټې/تاوان بیان شامل کړئ.
- د ناروغ او هغو کسانو لپاره لاندې معلومات چمتو کړئ چې په کور کې اوسي. د HCAP لپاره کورنۍ داسې تعریفېږي: ناروغ، د ناروغ والدین، د ناروغ ټولې خويندې/ورونه (طبیعي یا پر زویولی نیول شوي هغه). \*که چیرې اړتیا وي، اضافه پاڼه ضمیمه کړئ.**

| د کورنۍ د غړي نوم | له ناروغ سره یې اړیکه | د زېږیدنې نېټه | د عاید سرچینه یا د گومارونکي نوم | د دندې کلونه | د خدمت تر نېټې مخکې د 3 میاشتو لپاره ناخالص عاید | د خدمت تر نېټې مخکې د 12 میاشتې مخکې ناخالص عاید |
|-------------------|-----------------------|----------------|----------------------------------|--------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1.                | ناروغ                 |                |                                  |              |                                                  |                                                  |
| 2.                |                       |                |                                  |              |                                                  |                                                  |
| 3.                |                       |                |                                  |              |                                                  |                                                  |
| 4.                |                       |                |                                  |              |                                                  |                                                  |
| 5.                |                       |                |                                  |              |                                                  |                                                  |
| 6.                |                       |                |                                  |              |                                                  |                                                  |

**د عاید اسناد باید له همدغه غوښتنلیک سره مل وي. د عاید په مثالونو کې ناخالص معاش (تر مالیې مخکې)، د ماشوم ملاتړ، نفقه، د کرایې عاید، د بې کارۍ جبران، د ټولنیز امنیت امتیازات، عامه مرسته او نور شامل دي. که مو عاید صفر (\$0.00) وي، په مهربانۍ سره لاندې تشریح کړئ چې څنګه د خوړو او مسکن اساسي اړتیاې د خدمت تر نېټې مخکې پوره کېدې. \*که چیرې اړتیا وي، اضافه پاڼه ضمیمه کړئ.**

| یوازې د اداري کارونې لپاره دی<br><table border="1"> <tr> <th>HCAP</th> <th>خیریه</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                      |                                                                                              | HCAP | خیریه | 1. |  | 2. |  | 3. |  | 4. |  | 5. |  | 6. |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 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 <b>AKRON CHILDREN'S</b> ته اجازه ورکوم چې د هغې غوره مرستې لپاره زما پر جوړولو لپاره زما پر استازیتوب عمل وکړي چې زه یې پر شرایطو برابر یم. زه د ملاتړ چمتو کولو لپاره د <b>AKRON CHILDREN'S</b> استازي ته اجازه ورکوم چې د اضافي معلوماتو لپاره له ما سره اړیکه نیولی شي یا هم دریم اړخ کارولی شي چې په دغه غوښتنلیک کې بیان شوي مالي معلومات تایید کړي. |                                                                                              |      |       |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| د غوښتنلیک سپارونکي/ناروغ لاسلیک<br>_____<br>نېټه _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | * <input type="checkbox"/> په نښه یې کړئ، که چیرې له دغه غوښتنلیک سره بله پاڼه ضمیمه شوې وي. |      |       |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |