

## هل أنت بحاجة إلى المساعدة في سداد فواتير المستشفى؟

يمكن أن يقدم لك مستشفى Akron Children's الرعاية مجانًا أو بتكلفة منخفضة.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مالية:

1. يقدم برنامج ضمان الرعاية بالمستشفى (HCAP) رعاية مجانية إلى الأسر المؤهلة.
2. يوفر مستشفى Akron Children's رعاية خيرية أو منخفضة التكلفة لغير المؤهلين لبرنامج HCAP.



إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في سداد فاتورة المستشفى:

- فاملاً هذا الطلب. لطرح أسئلة عن نوع المساعدات المتوفرة وكيفية التقديم، تواصل مع قسم الاستشارات المالية على [fincounsel@akronchildrens.org](mailto:fincounsel@akronchildrens.org) أو 330-543-2455.

إذا كانت لديك أسئلة عن فاتورتك، فاتصل بخدمة العملاء: 800-933-7440، 330-543-8500

قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية مجانية أو منخفضة التكلفة في المستشفى. يقدم مستشفى Akron Children's مساعدة مالية للأسر غير القادرة على سداد فواتير المستشفى.

1. برنامج ضمان الرعاية بالمستشفى (Hospital Care Assurance Program, HCAP): للتأهل للحصول على رعاية مجانية، يجب أن يكون المرضى من سكان ولاية أوهايو وغير ملتحقين ببرنامج Medicaid في الوقت الحالي، وأن يساوي دخل الأسرة المقدار المحدد في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لحد الفقر أو يقل عنه.

المبادئ التوجيهية لحد الفقر لعام 2026 للولايات الـ 48 المجاورة ومقاطعة كولومبيا	
عدد أفراد الأسرة/الأسرة المعيشية	حد الفقر وفقاً للمبادئ التوجيهية
1	15960 دولار
2	21640 دولار
3	27320 دولار
4	33000 دولار
5	38680 دولار
6	44360 دولار
7	50040 دولار
8	55720 دولار
بالنسبة للأسر/الأسر المعيشية التي يزيد عدد أفرادها عن 8 أشخاص، أضف 5680 دولار لكل شخص إضافي.	

2. إذا لم تكن مؤهلاً لبرنامج HCAP أو كان دخلك يزيد عن مستوى الفقر، يمكنك التأهل للحصول على أنواع أخرى من المساعدات. يقدم مستشفى Akron Children's رعاية منخفضة التكلفة أو خيرية للأسر التي تواجه ضائقة مالية. يرجى زيارة الرابط التالي: <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

اتصل بقسم الاستشارات المالية (Financial Counseling) إذا كانت لديك أسئلة بشأن المساعدات المالية وكيفية تقديم طلب للحصول عليها: 330-543-2455

خدمات الترجمة المتاحة: تقدم المساعدة بلغات أخرى. تواصل مع خدمات التواصل بلغات متعددة (Language Access Services) للمساعدة.

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

تتوفر خدمات المترجمين الفوريين





يقدم مستشفى Akron Children's Hospital هذه الخدمات لك مجاناً:

- مترجمون فوريون متحدثون وخبيراً لوجه
- مترجمون فوريون متحدثون للتواصل عبر الهاتف ومكالمات الفيديو لمدة 20 دقيقة
- أدوات مساعدة على التواصل للأشخاص الصم أو المكفوفين أو من يعانون إعاقات في التواصل

اطلب المساعدة من أي عضو في طاقم الموظفين  
خدمات إتاحة التواصل بلغات متعددة: 330-543-6897

يُكمل نموذج طلب منفصل لكل مرة يُدخّل فيها المريض للإقامة بالمستشفى بصفته مريضاً داخلياً، ما لم تتم إعادة إدخاله في غضون 45 يوماً من خروجه من المستشفى بسبب نفس الحالة.

تكون الأهلية للحصول على خدمات المرضى الخارجيين صالحة لمدة 90 يوماً بدايةً من أول تاريخ لتلقي الخدمة.

1. املاً تاريخ (تواريخ) تلقي الخدمة.
  2. يجب إكمال جميع الأجزاء المنطبقة في نموذج الطلب.
  3. يجب أن يكون نموذج الطلب موقفاً وموزعاً.
  4. إذا كان المريض طفلاً قاصراً:
- يجب تقديم اسم كل من ولي الأمر، سواء كانا يعيشان في المنزل أم لا.
  - يجب ذكر دخل كل من ولي الأمر (إذا كان معروفاً)، سواء كانا يعيشان في المنزل أم لا.
  - تتضمن الأمثلة على الدخل: إجمالي الأجر (قبل اقتطاع الضرائب)، نفقة الطفل، النفقة الزوجية، الدخل من الإيجار، تعويضات البطالة، مخصصات الضمان الاجتماعي، إلى آخره.

5. يجب تقديم وثائق إجمالي الدخل للفترة الزمنية الصحيحة المحددة في نموذج الطلب (فترة 3 أشهر أو 12 شهراً السابقة لتاريخ تلقي الخدمة). لا يشمل هذا شهر تلقي الخدمة.

يمكن أن تكون وثائق الدخل كعويلاً للراتب أو بياناً بالدخل من صاحب العمل أو قراراً بتلقي مخصصات من دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) أو الضمان الاجتماعي لذوي الإعاقات (Social Security Disability, SSD). ملحوظة: لا يمكن استخدام نماذج W2 إلا إذا كان تاريخ تلقي الخدمة يقع في شهر يناير.

في حال إدراج الدخل في الطلب، يجب تقديم وثائق تثبت هذا الدخل المذكور. يرجى تقديم نسخ فقط - إذ لن تتم إعادة الوثائق.

لن تُقبل معلومات الدخل غير المستكملة من دون تفسير.

6. في حالة عدم وجود مصدر للدخل (0.00 دولار)، يجب عليك تقديم تفسير قصير يشرح كيف تلبى النفقات المعيشية.

7. تحقق من صحة محتوى الطلب وقم بالتوقيع عليه وتاريخه.

8. أرسل الطلب وجميع الوثائق:

• عبر الإنترنت: من خلال حسابك على MyChart

• عن طريق البريد: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309

• عبر البريد الإلكتروني: أرسل الوثائق عبر البريد الإلكتروني إلى [fincounsel@akronchildrens.org](mailto:fincounsel@akronchildrens.org)

• بالحضور شخصياً: الحضور إلى منطقة الاستقبال في الطابق الثالث من المستشفى أو أي من مواقع تسجيل المرضى.

• عبر الفاكس: 330-543-3371

## نموذج طلب المساعدة المالية (HCAP/الرعاية الخيرية) تاريخ (تواريخ) الخدمة:

يوفر مستشفى Akron Children's برنامج مساعدة مالية (Financial Assistance Program) لجميع المرضى المحتاجين إليها من جميع مستويات الدخل، وفقاً لمقياس متدرج. المرضى غير المؤهلين لتلقي المساعدة من خلال برنامج Medicaid قد يتأهلون للحصول على الرعاية الخيرية بناءً على المبادئ التوجيهية الفيدرالية لحد الفقر.

### معلومات المريض

الاسم بالكامل \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_

الولاية \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) للمريض \_\_\_\_\_

### الضامن الأول (الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة)

الاسم بالكامل \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_

الولاية \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

### الضامن الثاني (الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة)

الاسم بالكامل \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_

الولاية \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

### يجب الإجابة عن الأسئلة التالية للنظر في طلبك:

1. هل كان المريض من سكان ولاية أوهايو في تاريخ تلقي الخدمة من المستشفى؟

2. هل كان لدى المريض تأمين صحي غير برنامج Medicaid في وقت تلقي الخدمة؟

3. هل كان المريض ممولاً بتغطية نشطة من برنامج Medicaid في وقت تلقي الخدمة؟

نعم  لا

نعم  لا

نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فاكتب اسم شركة التأمين والرقم التعريفي: \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة نعم، فاكتب الرقم التعريفي للمستفيد من برنامج Medicaid: \_\_\_\_\_

ضع علامة هنا إذا كنت تعمل لحسابك الخاص وأرفق نموذج 1040 والجدول الملائم أو بيان الأرباح/الخسائر مع نموذجي W2/1099 لفترة الـ 3 أشهر السابقة لتاريخ تلقي الخدمة.

يرجى تقديم المعلومات التالية للمريض وجميع الأفراد الذين يعيشون في المنزل. حسب برنامج HCAP، تُعرّف "الأسرة" باعتبارها: المريض، وولي أمره، وجميع أشقائه (البيولوجيين أو بالتبني). \*أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر.

اسم فرد الأسرة	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	اسم صاحب العمل أو مصدر الدخل	سنوات العمل	إجمالي الدخل لفترة الـ 3 أشهر السابقة لتاريخ تلقي الخدمة	إجمالي الدخل لفترة الـ 12 شهراً السابقة لتاريخ تلقي الخدمة
1.	المريض					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

يجب إرفاق وثائق الدخل بهذا الطلب. تتضمن الأمثلة على الدخل: إجمالي الأجور (قبل اقتطاع الضرائب)، نفقة الطفل، النفقة الزوجية، الدخل من الإيجار، تعويضات البطالة، مخصصات الضمان الاجتماعي، إلى آخره. إذا أفدت بأن ليس لديك مصدر دخل (0.00 دولار)، يرجى أن توضح أدناه كيفية تلبيةك للاحتياجات الأساسية المتعلقة بالطعام والإسكان قبل تاريخ تلقي الخدمة. \*أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر.

للاستخدام المكتبي فقط	
الرعاية الخيرية	HCAP
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

بتوقيعي أدناه، أؤكد أن الإجابات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي. وأصرح لمستشفى AKRON CHILDREN'S بالتصرف بالنيابة عني فيما يتعلق بتحديد أهليتي للحصول على أفضل مساعدة مستحقة. وأدرك أنه بغرض توفير الدعم، قد يتواصل معي ممثل تابع لمستشفى AKRON CHILDREN'S للحصول على معلومات إضافية، أو يتم اللجوء إلى منظمة تابعة لطرف ثالث للتحقق من المعلومات المالية المذكورة في هذا الطلب.

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب/ولي الأمر \_\_\_\_\_

\* ضع علامة هنا في حالة إرفاق صفحة أخرى بهذا الطلب