



هل أنت بحاجة إلى المساعدة في سداد فواتير المستشفى؟

يمكن أن يقدم لك مستشفى Akron Children's الرعاية المجانية 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:

- فاماً هذا الطلب. لطرح أسئلة عن نوع المساعدات المتوفرة وكيفية التقديم، تواصل مع قسم الاستشارات المالية على 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.

HOSPITAL CARE PROGRAM, HCAP: للتأهل للحصول على رعاية مجانية، يجب أن يكون المرضى من سكان ولاية أوهايو وغير ملتحقين ببرنامج Medicaid في الوقت الحالى وأن يساوى دخل الأسرة المحدد في المبادئ التوجيهية الفيدرالية لحد الفقر أو يقل عنه.

المبادئ التوجيهية لحد الفقر لعام 2025 للولايات الـ48 المجاورة ومقاطعة كولومبيا	
عدد أفراد الأسرة/الأسرة المعيشية	حد الفقر وفقاً للمبادئ التوجيهية
1	15650 دولاراً
2	21150 دولاراً
3	26650 دولاراً
4	32150 دولاراً
5	37650 دولاراً
6	43150 دولاراً
7	48650 دولاراً
8	54150 دولاراً

للأسر/الأسر المعيشية التي يزيد عدد أفرادها عن 8 أشخاص، أضاف 5500 دولار لكل شخص إضافي.

2. إذا لم تكون 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 <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> اتصل بقسم Financial Counseling (الاستشارات المالية) إذا كان لديك أسئلة بشأن المساعدات المالية وكيفية تقديم طلب: 330-543-2455.

خدمات الترجمة المتاحة: تقدم المساعدة بلغات أخرى. تواصل مع خدمات إتاحة التواصل بلغات متعددة للمساعدة.

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



كيفية تقديم طلب

استكمال طلباً منفصلًا لكل مرة يدخل فيها المريض الداخلي المستشفى ما لم تم إعادة إدخاله في غضون 45 يوماً من خروجه من المستشفى بسبب نفس الحالة. تكون الأهلية للحصول على خدمات المرضى الخارجيين صالحة لمدة 90 يوماً من أول تاريخ تلقي الخدمة.

1. املأ تاريخ (تارikh) تلقي الخدمة.
2. يجب إكمال جميع الأجزاء المنطبقة في نموذج الطلب.
3. يجب أن يكون نموذج الطلب موقعاً ومؤرخاً
4. إذا كان المريض طفلًا قاصرًا:
 - يجب تقديم اسم كل من ولي الأمر، سواء كانوا يعيشان في المنزل أو لا.
 - يجب ذكر دخل كل من ولي الأمر (إذا كان معروفاً)، سواء كانوا يعيشان في المنزل أو لا.
 - تتضمن الأمثلة على الدخل إجمالي الأجر (قبل اقتطاع الضرائب).
 - نفقة الطفل، النفقة، الدخل من الإيجار، تمويلات البطالة، مخصصات الضمان الاجتماعي، المساعدات الحكومية، إلى آخره.
5. يجب تقديم وثائق إجمالي الدخل للفترة الزمنية الصحيحة المحددة في نموذج الطلب (قبل 3 أشهر أو 12 شهراً من تاريخ تلقي الخدمة). لا يشمل هذا شهر تلقي الخدمة.
- يمكن أن تكون وثائق الدخل كثيرة للراتب أو بياناً بالدخل من صاحب العمل أو قراراً يلقي مخصصات من دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) أو الضمان الاجتماعي لدى الإعاقات (Social Security Disability, SSD). ملاحظة: 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 لــنــتمــإــعادــةــالــوثــائقــ.
6. لن تقبل معلومات الدخل غير المستكملة من دون تفسير.
- في حالة عدم وجود مصدر للدخل (0.00 دولار)، يجب عليك تقديم تفسير قصير يشرح كيف تغطي النفقات المعيشية.
7. تحقق من صحة محتوى الطلب وقم بالتوقيع عليه وتاريخه.
8. أرسل الطلب وجميع الوثائق:
 - عن طريق الإنترنت: من خلال حسابك على MyChart
 - عن طريق البريد: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - عن طريق البريد الإلكتروني: أرسل الوثائق عبر البريد الإلكتروني إلى fincounsel@akronchildrens.org
 - عن طريق الحضور شخصياً: الدخول إلى الطابق الثالث من المستشفى أو أي من مواقع تسجيل المرضى.
 - عن طريق الفاكس: 330-543-3371

تاريخ (تواريХ) الخدمة:

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

الضامن الثاني (الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة)

الاسم بالكامل	
العنوان	
المدينة	
الرمز البريدي	
الولاية	
الهاتف	

الضامن الأول (الشخص المسؤول عن سداد الفاتورة)

الاسم بالكامل	
العنوان	
المدينة	
الرمز البريدي	
الولاية	
الهاتف	

معلومات المريض

الاسم بالكامل	
العنوان	
المدينة	
الرمز البريدي	
الولاية	
الهاتف	

رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) للمريض

يجب الإجابة عن الأسئلة التالية لمعالجة طلبك:

1. هل كان المريض من سكان ولاية أوهايو في تاريخ تلقي الخدمة من المستشفى؟ نعم لا
 2. هل كان لدى المريض تأمين صحي غير برنامج Medicaid في وقت تلقي الخدمة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فاكتب اسم شركة التأمين والرقم التعريفي:
 3. هل كان المريض يتلقى مخصصات برنامج Medicaid بصورة نشطة في وقت تلقي الخدمة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فاكتب الرقم التعريفي لمتلقى مخصصات برنامج Medicaid
- ضع علامة هنا إذا كنت تعمل لحسابك الخاص وأرقاق نموذج 1040 والجدول الملائم أو بيان الأرباح/الخسائر مع نموذجي 1099 W2/1099 W لفترة الـ 3 أشهر السابقة لتاريخ تلقي الخدمة.
- يرجى تقديم المعلومات التالية للمريض وجميع الأفراد الذين يعيشون في المنزل. بالنسبة لبرنامج HCAP، تُعرف "الأسرة" باعتبارها: المريض وولي أمره وجميع أشقائه (البيولوجيون أو بالتبني). *أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر.

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

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

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

يتوجب على أدناه، أن تؤكد أن الإجابات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي. وأصرح لمستشفى AKRON CHILDREN'S بالتصريح بالياباه عنى فيما يتعلق بتحديد أهليتي للحصول على أفضل مساعدة ممتدة. 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