

Cómo presentar una solicitud

Complete una solicitud separada para cada ingreso hospitalario, a menos que el paciente sea readmitido por la misma condición dentro de los 45 días posteriores al alta.

La elegibilidad para el servicio ambulatorio es válida por 90 días a partir de la primera fecha de servicio.

1. Complete las **FECHA DE SERVICIO**.
2. **TODAS** las áreas aplicables del formulario de solicitud deben **COMPLETARSE**.
3. El formulario de solicitud debe **FIRMARSE** y **FECHARSE**.
4. Si el paciente es menor de edad:
 - Deben darse los **NOMBRES DE AMBOS PADRES**, vivan o no en el hogar.
 - **LOS INGRESOS** (si se conocen) **PARA AMBOS PADRES** deben proporcionarse, estén o no viviendo en el hogar.
 - **EJEMPLOS DE INGRESOS** incluyen salarios brutos (antes de impuestos), pensión alimenticia, manutención conyugal, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, etc.
5. **DEBE PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS BRUTOS** para el período correcto indicado en el formulario de solicitud (3 meses o 12 meses **ANTES** de la fecha de servicio). Esto **NO** incluye el mes de servicio.

LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS puede ser talones de pago, declaración de ganancias del empleador o determinación de beneficios de SSI, SSD. Nota: Los W2 solo pueden usarse si la fecha del servicio es en enero.

Si se listan ingresos en la solicitud, **DEBE** dar documentación para esos ingresos. Dé **COPIAS SOLAMENTE – NO SE DEVOLVERÁN LOS DOCUMENTOS**.

NO se aceptará información de ingresos incompleta sin una explicación.
6. **SI LOS INGRESOS SON CERO (\$0.00), USTED DEBE** dar una breve explicación de cómo se están cubriendo los gastos de vida.
7. **VERIFIQUE, FIRME Y FECHÉ LA SOLICITUD**.
8. **ENTREGUE la solicitud y toda la documentación:**
 - **EN LÍNEA:** Mediante su cuenta MyChart
 - **POR CORREO:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - **POR CORREO ELECTRÓNICO:** Envíe los documentos por correo electrónico a fincounsel@akronchildrens.org
 - **EN PERSONA:** Admisión en el tercer piso del hospital o en cualquier centro de registro de pacientes.
 - **POR FAX:** 330-543-3371



Es posible que califique para recibir atención gratuita o de costo reducido en el hospital. Akron Children's ofrece asistencia económica a las familias que no pueden pagar sus facturas hospitalarias.

1. HCAP: Para calificar para atención sin costo, los pacientes deben ser residentes de Ohio, no estar actualmente en Medicaid, tener ingresos familiares dentro o por debajo de las Directrices Federales de Pobreza.

DIRECTRICES DE POBREZA 2026 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA	
Personas en la familia/grupo familiar	Directriz de pobreza
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,680 por cada persona adicional.	

2. Si no califica para HCAP o tiene ingresos por encima del nivel de pobreza, puede calificar para otra asistencia.

Akron Children's ofrece ayuda benéfica o a costos reducidos a familias con dificultades económicas. Visite <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

Llame a Orientación Económica si tiene preguntas sobre la ayuda económica y cómo solicitarla: 330-543-2455.

Hay servicios de traducción disponibles: Asistencia dada en otros idiomas. Contacte los Servicios de Acceso Lingüístico para obtener ayuda.

INTÉRPRETES DISPONIBLES

Akron Children's Hospital ofrece estos servicios **sin costo para usted:**

- Intérpretes presenciales
- Intérpretes por teléfono y video en 200 idiomas
- Herramientas de comunicación de apoyo para personas sordas, ciegas o con discapacidades de comunicación

Pídale ayuda a cualquier miembro del personal
Servicios de acceso a idiomas: 330-543-6897

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



¿Necesita ayuda para pagar las facturas hospitalarias?

Akron Children's puede dar atención sin costo o a bajo costo.

Si necesita ayuda económica:

1. El Programa de Aseguramiento de Atención Hospitalaria (HCAP) da atención sin costo a las familias que cumplen los requisitos.
2. Akron Children's ofrece atención a bajo costo o benéfica para quienes no son elegibles para HCAP.



Si necesita ayuda para pagar las facturas del hospital:

- Complete esta solicitud. Para preguntas sobre qué tipo de ayuda hay disponible y cómo solicitarla, contacte a Orientación Económica en fincounsel@akronchildrens.org o 330-543-2455.

Si tiene alguna pregunta sobre su factura, llame a Servicio al Cliente: 330-543-8500, 800-933-7440



Aplicación de Asistencia Financiera (HCAP/Cuidado Caritativo)

Fecha(s) de Servicio: _____

Akron Children's ofrece un programa de ayuda económica a todos los pacientes con necesidades económicas, en todos los niveles de ingresos, según una escala variable. Los pacientes que no califican para asistencia a través de Medicaid pueden calificar para cuidado caritativo según las Directrices Federales de Pobreza.

Información del paciente

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Zip _____
Teléfono _____
SSN del paciente: _____

#1 Garante (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Zip _____
Teléfono _____

#2 Garante (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre completo _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Zip _____
Teléfono _____

Se deben responder las siguientes preguntas para procesar su solicitud:

- ¿El paciente era residente de Ohio en la fecha del servicio hospitalario? Sí No
- ¿El paciente tenía seguro médico distinto a Medicaid en el momento del servicio? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____
- ¿El paciente tenía cobertura activa de Medicaid en el momento del servicio? Sí No Si la respuesta es sí, número de identificación del beneficiario de Medicaid: _____

Marque aquí si está trabajando por cuenta propia e incluya su formulario 1040 y el calendario apropiado, o el formulario W2/1099 de ganancias/pérdidas para los 3 meses previos a la fecha del servicio.

Dé la siguiente información del paciente y todas las personas que viven en la casa. Para HCAP, "familia" se define como: el paciente, los padres del paciente, todos los hermanos del paciente (naturales o adoptivos). *Adjuntar hoja adicional si es necesario.

NOMBRE DEL FAMILIAR	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR	AÑOS EN EL TRABAJO	INGRESO BRUTO DE 3 MESES ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO	INGRESO BRUTO DE 12 MESES ANTES DE LA FECHA DEL SERVICIO
1.	<i>Paciente</i>					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

La documentación de ingresos debe acompañar esta solicitud. Ejemplos de ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), pensión alimenticia, manutención conyugal, ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del seguro social, etc. Si reportó ingresos cero (\$0.00), explique a continuación cómo se cubrieron las necesidades básicas de alimentos y vivienda antes de la fecha del servicio. *Adjuntar hoja adicional si es necesario.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO	
HCAP	CARIDAD
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

FIRMANDO ABAJO, AFIRMO QUE, HASTA DONDE YO SÉ, LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y ESTÁN COMPLETAS. AUTORIZO A **AKRON CHILDREN'S** A ACTUAR EN MI NOMBRE PARA CALIFICARME PARA LA MEJOR ASISTENCIA PARA LA CUAL SOY ELEGIBLE. ENTIENDO QUE PARA DAR APOYO, UN REPRESENTANTE DE **AKRON CHILDREN'S** PUEDE CONTACTARME PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O USAR UNA ORGANIZACIÓN DE TERCEROS PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN FINANCIERA DECLARADA EN ESTA SOLICITUD.

Firma del Solicitante/Padre

Fecha

* Marque aquí si se incluye una segunda hoja con esta solicitud