

Cómo presentar una solicitud

Complete una solicitud por separado para cada ingreso como paciente en el hospital, a menos que vuelvan a ingresar al paciente por la misma condición en un plazo de 45 días después del alta.

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

1. Complete las **FECHAS DE SERVICIO**.
2. Se deben **COMPLETAR TODAS** las partes correspondientes del formulario de solicitud.
3. El formulario de solicitud debe estar **FIRMADO** y **FECHADO**.
4. Si el paciente es menor de edad:

- Se deben dar los **NOMBRES DE AMBOS PADRES**, vivan o no en la casa.
- Se deben proporcionar los **INGRESOS** (si se conocen) **DE AMBOS PADRES**, vivan o no en la casa.
- Los **EJEMPLOS DE INGRESOS** incluyen salarios brutos (antes de impuestos), manutención de menores, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, subsidio de desempleo, beneficios del seguro social, ayuda pública, etc.

5. **SE DEBE PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS BRUTOS** para el período de tiempo correcto que se indica 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** podría ser recibos de pago, declaración de ingresos del empleador o determinación de beneficios de la SSI o del SSD. Nota: Los W2 solo se pueden usar si la fecha del servicio es en enero.

Si los ingresos están listados en la solicitud, **DEBE** presentar documentación para esos ingresos. Proporcione **SOLAMENTE COPIAS; NO SE DEVOLVERÁN LOS DOCUMENTOS**.

NO se aceptará información de ingresos incompleta sin una explicación.

6. **SI LOS INGRESOS SON CERO (\$0.00)**, DEBE DAR una breve explicación de cómo se cubren los gastos de manutención.
7. **VERIFIQUE, FIRME Y FECHÉ LA SOLICITUD**.
8. **ENVÍE la solicitud y toda la documentación:**

- **EN LÍNEA:** mediante su cuenta de 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 finccounsel@akronchildrens.org
- **EN PERSONA:** haga el ingreso en el 3.º piso del hospital o en cualquier lugar 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 ayuda económica a familias que no pueden pagar las facturas del hospital.

1. HCAP: para calificar para recibir atención gratuita, los pacientes deben ser residentes de Ohio, no tener Medicaid en este momento y tener ingresos familiares iguales o inferiores a las directrices federales de pobreza.

DIRECTRICES DE POBREZA DE 2025 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA	
Personas en la familia/grupo familiar	Directriz de pobreza
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150
Para familias/grupos familiares con más de 8 personas, sume \$5,500 por cada persona más.	

2. Si no es elegible para el HCAP o tiene ingresos superiores al nivel de pobreza, podría calificar para otra ayuda. 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 Financial Counseling (Orientación Económica) si tiene preguntas sobre la ayuda económica y cómo solicitarla: 330-543-2455.

Hay servicios de traducción disponibles: se da ayuda en otros idiomas. Comuníquese con Language Access Services (Servicios de Acceso a Idiomas) para recibir ayuda.



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



¿Necesita ayuda para pagar las facturas del hospital?

Akron Children's puede dar atención gratuita o a costo reducido.

Si necesita ayuda económica:

1. El Programa de Garantía de Atención en el Hospital (Hospital Care Assurance Program, HCAP) da atención gratuita a las familias que califican.
2. Akron Children's ofrece ayuda benéfica o a costos reducidos para aquellas personas que no son elegibles para el HCAP.



Si necesita ayuda para pagar las facturas del hospital:

- Complete esta solicitud. Si tiene preguntas sobre qué ayuda se ofrece y cómo solicitarla, comuníquese con Orientación Económica enviando un correo electrónico a finccounsel@akronchildrens.org o llamando al 330-543-2455.

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



Solicitud de ayuda económica (HCAP/ayuda benéfica)

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 recibir ayuda mediante Medicaid podrían calificar para ayuda benéfica según las Directrices federales de pobreza.

Fechas de servicios: _____

Información del paciente

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

SSN del paciente: _____

Garante n.º 1 (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Garante n.º 2 (Persona responsable de pagar la factura)

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Se deben responder las siguientes preguntas para procesar su solicitud:

1. ¿Era el paciente residente de Ohio en la fecha en que recibió el servicio en el hospital?

☐ Sí ☐ No
2. ¿Tenía el paciente otro seguro médico además de Medicaid en el momento que recibió el servicio?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, nombre de la compañía de seguros y número de identificación: _____
3. ¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento que recibió el servicio?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, número de identificación del beneficiario de Medicaid: _____

☐ Marque si trabaja por cuenta propia e incluya su formulario 1040 y el anexo correspondiente o la Declaración de pérdidas/ganancias W2/1099 de los 3 meses anteriores a la fecha del servicio.

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

NOMBRE DEL FAMILIAR	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESOS O NOMBRE DEL EMPLEADOR	AÑOS EN EL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS DE LOS 3 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO	INGRESOS BRUTOS DE LOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO
1.	Paciente					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

La documentación de ingresos debe acompañar esta solicitud. Los ejemplos de ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), manutención de menores, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, subsidio de desempleo, beneficios del seguro social, ayuda pública, etc.

Si reportó tener cero (\$0.00) ingresos, explique abajo cómo se cubrieron las necesidades básicas de comida y vivienda antes de la fecha del servicio. *Adjunte otra hoja si es necesario.

OFFICE USE ONLY	
HCAP	CHARITY
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 QUE ME CALIFIQUE PARA LA MEJOR AYUDA PARA LA QUE SOY ELEGIBLE. PARA DAR APOYO, ENTIENDO QUE UN REPRESENTANTE DE **AKRON CHILDREN'S** PODRÍA COMUNICARSE CONMIGO PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O USAR UNA ORGANIZACIÓN DE TERCEROS PARA CONFIRMAR LA INFORMACIÓN ECONÓMICA QUE SE INDICA EN ESTA SOLICITUD.

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

Firma del solicitante/padre/madre

Fecha