

प्रत्येक पटक अस्पताल भर्ना हुँदा छुट्टाछुट्टै आवेदन फाराम भर्नुहोस्; तर बिरामी डिस्चार्ज भएको 45 दिनभित्र सोही स्वास्थ्य समस्याको कारणले पुनः भर्ना भएको हो भने अर्को आवेदन आवश्यक पर्दैन।

बाहिरङ्गी सेवा योग्यता सेवा दिने पहिलो मितिदेखि 90 दिनसम्म मान्य छ।

1. सेवा प्राप्त गरेको मिति(हरू) भर्नुहोस्।
2. आवेदन फाराममा लागू हुने सबै खण्डहरू अनिवार्य रूपमा भरिएको हुनुपर्दछ।
3. आवेदन फाराममा अनिवार्य रूपमा हस्ताक्षर गरिएको र मिति लेखिएको हुनुपर्छ।
4. बिरामी नाबालिग बच्चा हो भने:
 - दुबै आमाबाबुको नाम उपलब्ध गराउनुपर्छ, उनीहरू घरमा सँगै बस्छन् वा बस्दैनन् भन्ने कुरामा फरक पर्दैन।
 - आमाबाबु दुवैको लागि आय (थाहा छ भने) उपलब्ध गराउनुपर्छ, उनीहरू घरमा सँगै बस्छन् वा बस्दैनन् भन्ने कुरामा फरक पर्दैन।
 - आयाका उदाहरणहरूमा (कर काट्नु अघिको) कुल तलब, बच्चाको पालनपोषण खर्च, पूर्व-पति वा पत्नीबाट प्राप्त हुने खर्च, घरभाडाको आम्दानी, बेरोजगारी भत्ता, सामाजिक सुरक्षा भत्ता आदि पर्दछन्।
5. कुल आयको कागजात अनिवार्य रूपमा बुझाउनुपर्छ र यो आवेदन फाराममा तोकिएको सही समयवाधि (सेवा प्राप्त गरेको मितिभन्दा 3 महिना वा 12 महिना अगाडिको) हुनुपर्छ। यसमा सेवा प्राप्त गरेको महिना समावेश गरिँदैन।

आय कागजातहरूको रूपमा तलबको रसिद, रोजगारदाताबाट प्राप्त कमाइको विवरण वा सामाजिक सुरक्षा भत्ता (पूरक सामाजिक सुरक्षा भत्ता [Supplemental Security Income, SSI], सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता लाभ [Social Security Disability, SSDI]) प्राप्त भएको आधिकारिक निर्णय पत्र बुझाउन सकिन्छ। नोट: सेवा दिने मिति जनवरीमा छ भने मात्र W2 को प्रयोग गर्न सकिन्छ।

आवेदनमा कुनै आम्दानी उल्लेख गरिएको छ भने, त्यस आम्दानीको प्रमाण (कागजात) अनिवार्य रूपमा बुझाउनुपर्छ। कृपया कागजातको प्रतिलिपिहरू मात्र बुझाउनुहोला - बुझाइएका कागजातहरू फिर्ता गरिने छैन।

अपूर्ण आयको जानकारी स्पष्टीकरण बिना स्वीकार गरिने छैन।

6. आय शून्य (\$0.00) छ भने, तपाईंको जीवनयापनको खर्च कसरी चलिरहेको छ भन्ने बारे संक्षिप्त व्याख्या अनिवार्य रूपमा उपलब्ध गराउनुपर्छ।
7. आवेदनको प्रमाणिकरण गर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।
8. आवेदन र सबै कागजातहरू पेश गर्नुहोस्:

- अनलाइन: तपाईंको MyChart खाता मार्फत
- हुलाकद्वारा: Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
- ईमेलद्वारा: fincounsel@akronchildrens.org मा कागजातहरू ईमेल गर्नुहोस्
- व्यक्तिगत रूपमा: अस्पतालको तेश्रो तल्लामा रहेको भर्ना केन्द्र वा बिरामी दर्ता हुने कुनै पनि स्थानमा
- फ्याक्स द्वारा: 330-543-3371

तपाईं नि: शुल्क वा सस्तोमा अस्पताल हेरचाहाका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। Akron Children's ले अस्पतालको बिल तिर्न नसक्ने परिवारहरूलाई आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछ।

1. अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (Hospital Care Assurance Program, HCAP): नि: शुल्क हेरचाहको लागि योग्य हुन, बिरामीहरू हुनुपर्दछ ओहायोका बासिन्दाहरू, जो हाल Medicaid मा आबद्ध छैनन् र जसको पारिवारिक आम्दानी संचयी गरिबी निर्देशिका वा सोभन्दा कम छ।



सन् 2026 का लागि 48 वटा सँगै जोडिएका (सन्निहित) राज्यहरू र डिस्ट्रिक्ट अफ कोलम्बियाका गरिबी सम्बन्धी मापदण्डहरू	
परिवारका व्यक्तिहरू/घरपरिवार	गरिबी दिशानिर्देश
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720
8 जनाभन्दा बढी सदस्य भएका परिवार/घरधुरीका लागि, प्रत्येक थप रहेका व्यक्तिको हकमा \$5,680 थप्नुहोस्।	

2. तपाईं HCAP को लागि योग्य हुनुहुन्छ वा तपाईंको आम्दानी गरिबी स्तरभन्दा बढी छ भने, तपाईं अन्य प्रकारका सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। Akron Children's ले आर्थिक कठिनाई भएका परिवारहरूलाई सस्तो वा परोपकारी हेरचाह प्रदान गर्दछ। कृपया <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html> मा जानुहोस्

वित्तीय सहायता र आवेदन दिने तरिकाका बारेमा प्रश्नहरूका लागि वित्तीय परामर्शमा फोन गर्नुहोस्: 330-543-2455।

उपलब्ध अनुवाद सेवाहरू: अन्य भाषाहरूमा पनि सहायता उपलब्ध छ। सहयोगका लागि भाषा पहुँच सेवामा सम्पर्क गर्नुहोस्।

दोभाषेहरू उपलब्ध छन्


Akron Children's Hospital ले यी सेवाहरू तपाईंको लागि कुनै शुल्क नसिई (निःशुल्क) उपलब्ध गराउँछ:

- आर्मेन-सामने दोभाषेहरू
- 200 भाषामा फोनमा र मिडियोमा दोभाषेहरू
- बहिरा, हृष्टिबिहीन वा सञ्चार गर्न अशक्तता भएका व्यक्तिहरूका लागि सहायक सञ्चार उपकरणहरू

कुनै पनि कर्मचारी सदस्यलाई मद्दतका लागि सोध्नुहोस्। भाषा पहुँच सेवा: 330-543-6897

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

के तपाईंलाई अस्पतालको बिलहरू तिर्न मद्दत चाहिन्छ?

Akron Children's ले निःशुल्क वा सहूलियत शुल्कमा (छुटमा) उपचार सेवा प्रदान गर्न सक्छ।

तपाईंलाई आर्थिक सहयोगको आवश्यकता छ भने:

1. अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (HCAP) ले योग्यता पुगेका परिवारहरूलाई निःशुल्क उपचार सेवा प्रदान गर्दछ।
2. Akron Children's ले HCAP का लागि योग्य नहुने व्यक्तिहरूलाई सहूलियत शुल्क वा परोपकारी हेरचाह उपलब्ध गराउँछ।



तपाईंलाई आफ्नो अस्पतालको बिल भुक्तान गर्न मद्दत चाहिन्छ भने:

- यो आवेदन भर्नुहोस्। उपलब्ध गराइने सहायता र आवेदन दिने तरिकाबारे कुनै प्रश्न भएमा, वित्तीय परामर्श विभागलाई fincounsel@akronchildrens.org वा 330-543-2455 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

तपाईंसँग तपाईंको बिलको बारेमा प्रश्न छ भने ग्राहक सेवालाई फोन गर्नुहोस्: 330-543-8500, 800-933-7440



आर्थिक सहायता आवेदन फाराम (HCAP / परोपकारी हेरचाह)

सेवा प्राप्त गरेको मिति(हरू): _____

Akron Children's ले वित्तीय आवश्यकता भएका सबै बिरामीहरूलाई, सबै आय स्तरहरूमा, स्लाइडिङ स्केलमा आधारित वित्तीय सहायता कार्यक्रम प्रदान गर्दछ।
Medicaid मार्फत सहायता पाउन योग्य नहुने बिरामीहरूले संघीय गरिबी निर्देशिकाको आधारमा परोपकारी हेरचाह प्राप्त गर्न सक्नेछन्।

बिरामीको जानकारी

पूरा नाम _____
ठेगाना _____
सहर _____
राज्य _____ जिल्ला _____
फोन _____

#1 ग्यारेन्टर (बिल भुक्तानीको लागि जिम्मेवार व्यक्ति)

पूरा नाम _____
ठेगाना _____
सहर _____
राज्य _____ जिल्ला _____
फोन _____

#2 ग्यारेन्टर (बिल तिर्नको लागि जिम्मेवार व्यक्ति)

पूरा नाम _____
ठेगाना _____
सहर _____
राज्य _____ जिल्ला _____
फोन _____

बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (Social Security Number, SSN) _____

तपाईंको आवेदन अगाडि बढाउन निम्न प्रश्नहरूका जवाफ दिनुपर्दछ:

- के बिरामी अस्पतालबाट सेवा लिएको मितिमा ओहायोको बासिन्दा हुनुहुन्थ्यो? हो होइन
- के उपचारको समयमा बिरामीसँग Medicaid बाहेक अन्य कुनै स्वास्थ्य बीमा थियो? हो होइन थियो भने, बीमा कम्पनीको नाम र आईडी नम्बर: _____
- के उपचारको समयमा बिरामीको Medicaid बीमा सक्रिय थियो? हो होइन थियो भने, Medicaid प्राप्तकर्ता आईडी नम्बर: _____

तपाईं स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने सो बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस् र आफ्नो कर फाराम 1040 र सम्बन्धित अनुसूची समावेश गर्नुहोस् वा सेवा लिएको मितिभन्दा 3 महिना अगाडिको W2/1099 नाफा/नोक्सान विवरण पेश गर्नुहोस्।

बिरामी र घरमा बस्ने सबै व्यक्तिहरूका लागि निम्न जानकारी प्रदान गर्नुहोस्। HCAP का लागि, "परिवार" भन्नाले निम्न व्यक्तिहरूलाई बुझिन्छ: बिरामी, बिरामीका आमाबुबा र बिरामीका सबै दाजुभाइ तथा दिदीबहिनीहरू (जन्मजात वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्रीका रूपमा अपनाइएका)। *आवश्यक परेमा थप पाना संलग्न गर्नुहोस्।

परिवारका सदस्यको नाम	बिरामीसँगको सम्बन्ध	जन्म मिति	आयको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम	जागिरमा वर्षहरू	सेवा प्राप्त गरेको मितिभन्दा 3 महिना अगाडिको कुल आय	सेवा प्राप्त गरेको मितिभन्दा 12 महिना अगाडिको कुल आय
1.	बिरामी					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

यो आवेदनसँगै आयका कागजातहरू हुनुपर्दछ। आयका उदाहरणहरूमा (कर काटनु अघिको) कुल तलब, बच्चाको पालनपोषण खर्च, पूर्व-पति वा पत्नीबाट प्राप्त हुने खर्च, घरभाडाको आय, बेरोजगारी भत्ता, सामाजिक सुरक्षा भत्ता आदि पर्दछन्। तपाईंले आय शून्य (\$0.00) उल्लेख गर्नुभएको छ भने, सेवा प्राप्त गरेको मितिभन्दा अगाडि तपाईंको आधारभूत खाना र आवासको व्यवस्था कसरी भयो, कृपया तल व्याख्या गर्नुहोस्। *आवश्यक परेमा थप पाना संलग्न गर्नुहोस्।

कार्यालयको प्रयोगका लागि मात्र	
HCAP	परोपकार
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

तलको मेरो हस्ताक्षरद्वारा, म यस आवेदनमा दिइएका उत्तरहरू सत्य र पूर्ण छन् भनी मलाई जानकारीमा राम्रोसँग पुष्टि गर्छु। म आफू योग्य हुन सक्ने सबैभन्दा राम्रो सहायता प्राप्त गर्नका लागि मेरो तर्फबाट आवश्यक प्रक्रिया अगाडि बढाउन AKRON CHILDREN'S लाई अनुमति/अधिकार दिन्छु। सहयोग उपलब्ध गराउने उद्देश्यका लागि, थप जानकारी लिन AKRON CHILDREN'S का प्रतिनिधिले मलाई सम्पर्क गर्न सक्नेछन् वा यस आवेदनमा उल्लेख गरिएको आर्थिक जानकारी प्रमाणित गर्न कुनै त्रुटि संस्थाको सहयोग लिन सक्नेछन् भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

आवेदक/आमाबुवाको हस्ताक्षर

मिति

* यो आवेदनसँग दोस्रो पाना संलग्न गरिएको छ भने यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्।