Jinsi ya kuomba

Jaza ombi tofauti kwa kila kulazwa isipokuwa mgonjwa atalazwa tena kwa tatizo sawa ndani ya siku 45 baada ya kuruhusiwa kuondoka.

Ustahiki wa huduma kwa wagonjwa wasiolazwa ni halali kwa siku 90 kuanzia tarehe ya kwanza ya huduma.

1. Jaza TAREHE YA/ZA HUDUMA.
2. Maeneo yote husika kwenye fomu ya maombi lazima YAJAZWE.
3. Fomu ya maombi lazima ISAINIWE na iwekwe TAREHE.
4. Ikiwa mgonjwa ni mtoto:
   - MAJINA YA WAZAZI WOTE WAWILI lazima yatolewe, iwe wanaishi nyumbani au la.
   - MAPATO (ikiwa yanajulikana) YA WAZAZI WOTE WAWILI lazima yatolewe, iwe wanaishi nyumbani au la.
   - MIFANO YA MAPATO ni pamoja na mshahara wa jumla (kabla ya kukatwa kodi), msaada wa watoto, masurufu, mapato kutokana na kukodisha, msaada wa ukosefu wa ajira, manufaa ya ustawi wa jamii, n.k.
5. HATI ZA MAPATO YA JUMLA LAZIMA ZITOLEWE kwa muda sahihi ulioonyeshwa kwenye fomu ya maombi (miezi 3 au miezi 12 KABLA ya tarehe ya kutolewa kwa huduma). Hii HAIJUMUISHI mwezi wa huduma.

   HATI ZA MAPATO zinaweza kuwa stakabadhi za malipo, taarifa ya mapato kutoka kwa mwajiri, au barua ya uamuzi wa msaada kutoka kwa SSI, SSD. Kumbuka: Hati za W2 zinaweza tu kutumika ikiwa tarehe ya huduma iko Januari.

   Ikiwa mapato yameorodheshwa kwenye maombi, hati LAZIMA zitolewe kwa mapato hayo. Tafadhali toa NAKALA TU – HATI HAZITAREJESHWA.

   Maelezo ya mapato yasiyo kamili HAYATAKUBALIWA bila ufafanuzi.
6. IKIWA MAPATO NI SIFURI ($0.00), LAZIMA utoe ufafanuzi mfupi wa jinsi gharama za maisha zinavyogharamiwa.
7. **THIBITISHA, SAINI NA UWEKE TAREHE KWENYE MAOMBI.**
8. **WASILISHA maombi na hati zote:**
   - **MTANDAONI:** Kupitia akaunti yako ya MyChart
   - **KWA BARUA YA POSTA:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
   - **KWA BARUA PEPE:** Tuma hati kwa fincounsel@akronchildrens.org
   - **ANA KWA ANA:** Wasilisha kwenye ghorofa ya 3 ya hospitali au kituo chochote cha usajili wa wagonjwa.
   - **KWA FAKSI:** 330-543-3371

Akron Children's

Unaweza kutimiza masharti ya kupata huduma ya hospitali isiyolipishwa au iliyopunguzwa gharama. Akron Children's inatoa msaada wa kifedha kwa familia ambazo haziwezi kulipa bili zao za hospitali.

1. Mpango wa Uhakikisho wa Huduma ya Hospitali (Hospital Care Assurance Program, HCAP): Ili kustahiki kupata huduma isiyolipishwa, wagonjwa lazima wawe Wakazi wa Ohio, ambao hawako kwenye mpango wa Medicaid kwa sasa, wana mapato ya familia katika au chini ya Miongozo ya Umaskini ya Shirikisho.

MIONGOZO YA 2026 YA UMASKINI KWA MAJIMBO 48 YANAYOPAKANA NA WILAYA YA COLUMBIA	
Watu katika familia/kaya	**Mwongozo wa kiwango cha umaskini**
1	$15,960
2	$21,640
3	$27,320
4	$33,000
5	$38,680
6	$44,360
7	$50,040
8	$55,720
Kwa familia/kaya zilizo na zaidi ya watu 8, ongeza $5,680 kwa kila mtu wa ziada.	

2. Ikiwa hustahiki HCAP au una mapato zaidi ya kiwango cha umaskini, unaweza kustahiki kupata msaada mwingine. Akron Children's inatoa huduma ya gharama iliyopunguzwa au ya uhisani kwa familia zilizo na shida ya fedha. Tafadhali tembelea https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html

Piga simu kwa huduma ya Ushauri wa Kifedha ukiwa na maswali kuhusu msaada wa fedha na jinsi ya kuomba: 330-543-2455.

Huduma za tafsiri zinapatikana: Msaada unaotolewa katika lugha zingine. Wasiliana na Huduma za Ufikiaji wa Lugha kwa usaidizi.

WAKALIMANI WAPO

Akron Children's Hospital inatoa huduma hizi bila gharama kwako:
- Wakalimani wa ana kwa ana
- Wakalimani wa simu na video katika lugha 200
- Zana za usaidizi wa mawasiliano kwa watu ambao ni viziwi, vipofu au wenye shida ya mawasiliano

Omba usaidizi kwa mfanyakazi yeyote
Huduma za Ufikiaji wa Lugha: 330-543-6897

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

2/26-3506

Akron Children's

Je, unahitaji usaidizi wa kulipa bili za hospitali?

Akron Children's inaweza kutoa huduma isiyolipishwa au iliyopunguzwa bei.

Ikiwa unahitaji msaada wa fedha:

1. Mpango wa Uhakikisho wa Huduma ya Hospitali (HCAP) hutoa huduma isiyolipishwa kwa familia zinazotimiza masharti.
2. Akron Children's inatoa huduma ya gharama iliyopunguzwa au ya hisani kwa wale ambao hawastahiki HCAP.

Ikiwa unahitaji msaada wa kulipa bili yako ya hospitali:

- Jaza ombi hili. Kwa maswali kuhusu usaidizi unaotolewa na jinsi ya kutuma ombi, wasiliana na idara ya Ushauri wa Kifedha kwa fincounsel@akronchildrens.org au 330-543-2455.

Ikiwa una swali kuhusu bili yako, piga simu kwa Huduma kwa Wateja: 330-543-8500, 800-933-7440

Akron Children's

Maombi ya Msaada wa Fedha (HCAP/Huduma ya Hisani)

Tarehe ya/za Huduma: ____________________

Akron Children's inatoa Mpango wa Msaada wa Fedha kwa wagonjwa wote wenye mahitaji ya kifedha, katika viwango vyote vya mapato, kulingana na kipimo cha kubadilika. Wagonjwa ambao hawastahiki kupata msaada kupitia Medicaid wanaweza kustahiki kupata huduma ya hisani kulingana na Miongozo ya Shirikisho ya Umaskini.

Maelezo ya Mgonjwa

Jina Kamili ____________________

Anwani ____________________

Jiji ____________________

Jimbo ____________ Zip ____________

Simu ____________________

SSN ya Mgonjwa ____________________

Mdhamini wa #1 (*Mtu anayehusika kulipa bili*)

Jina Kamili ____________________

Anwani ____________________

Jiji ____________________

Jimbo ____________ Zip ____________

Simu ____________________

Mdhamini wa #2 (*Mtu anayehusika kulipa bili*)

Jina Kamili ____________________

Anwani ____________________

Jiji ____________________

Jimbo ____________ Zip ____________

Simu ____________________

Ni lazima ujibu maswali yafuatayo ili ombi lako lishughulikiwe:

1. Je, mgonjwa alikuwa mkazi wa Ohio wakati wa tarehe ya huduma ya hospitali? ☐ Ndiyo ☐ Hapana
2. Je, mgonjwa alikuwa na bima ya afya isipokuwa Medicaid wakati wa huduma? ☐ Ndiyo ☐ Hapana Ikiwa ndiyo, jina la kampuni ya bima na namba ya kitambulisho: ____________
3. Je, mgonjwa alikuwa na bima inayofanya kazi ya Medicaid wakati wa huduma? ☐ Ndiyo ☐ Hapana Ikiwa ndiyo, namba ya kitambulisho cha mpokeaji wa Medicaid: ____________

☐ Teua ikiwa umejiajiri na ujumuishe fomu yako ya 1040 na fomu zinazofaa, au Taarifa ya Faida/Hasara ya W2/1099 kwa miezi 3 kabla ya tarehe ya huduma.

Toa maelezo yafuatayo ya mgonjwa na watu wote wanaoishi nyumbani. Kwa HCAP, "familia" inafafanuliwa kama: mgonjwa, wazazi wa mgonjwa, ndugu wote wa mgonjwa (wa asili au wa kupanga). *Ambatisha karatasi ya ziada ikiwa inahitajika.

JINA LA MWANAFAMILIA	UHUSIANO NA MGONJWA	TAREHE YA KUZALIWA	CHANZO CHA MAPATO AU JINA LA MWAJIRI	MIAKA AMBAYO AMEFANYA KAZI	MAPATO YA JUMLA KWA MIEZI **3** KABLA YA TAREHE YA HUDUMA	MAPATO YA JUMLA KWA MIEZI **12** KABLA YA TAREHE YA HUDUMA
1.	*Mgonjwa*					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Hati za mapato lazima ziambatane na ombi hili. Mifano ya mapato ni pamoja na mshahara wa jumla (kabla ya kukatwa kodi), msaada wa watoto, masurufu, mapato ya ukodishaji, msaada wa ukosefu wa ajira, manufaa ya ustawi wa jamii, n.k. Ikiwa uliripoti mapato ya sifuri ($0.00), tafadhali eleza hapa chini jinsi mahitaji ya msingi ya chakula na makazi yalivyogharamiwa kabla ya tarehe ya huduma. *Ambatisha karatasi ya ziada ikiwa inahitajika.

MATUMIZI RASMI PEKEE	
HCAP	UHISANI
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

KWA KUTIA SAINI YANGU HAPA CHINI, NINATHIBITISHA KUWA MAJIBU YALIYO KATIKA OMBI HILI NI KWELI NA KAMILI KADIRI YA UFAHAMU WANGU. NINAIDHINISHA **AKRON CHILDREN'S** KUCHUKUA HATUA KWA NIABA YANGU KATIKA KUNISTAHIKI KWA MSAADA BORA ZAIDI NINAOSTAHIKI. ILI KUTOA USAIDIZI, NINAELEWA KUWA MWAKILISHI WA **AKRON CHILDREN'S** ANAWEZA KUWASILIANA NAMI KWA MAELEZO YA ZIADA AU KUTUMIA SHIRIKA LINGINE KUTHIBITISHA MAELEZO YA KIFEDHA YALIYOTAJWA KWENYE OMBI HILI.

Saini ya Mwombaji/Mzazi ____________________ Tarehe ____________

☐ * Teua hapa ikiwa karatasi ya pili imejumuishwa kwenye ombi hili