

Jinsi ya kuomba

Jaza ombi tofauti kwa kila mgonjwa anayelazwa isipokuwa ikiwa mgonjwa atalazwa tena kwa ugonjwa huo ndani ya siku 45 baada ya kutoka hospitalini.

Kipindi cha kustahili kupokea huduma kwa wagonjwa wasiolazwa ni siku 90 kutoka tarehe ya kwanza ya huduma.

1. Jaza **TAREHE YA ZA HUDUMA**.
2. Sehemu ZOTE zinazotumika kwenye fomu ya ombi lazima **ZIJAZWE**.
3. Fomu ya ombi lazima **ITIWE SAINI** na **TAREHE**.
4. Ikiwa mgonjwa ni mtoto mdogo:
 - **MAJINA YA WAZAZI WOTE** lazima yawekwe iwe wanaishi au hawaishi nyumbani.
 - **MAPATO** (ikiwa yanajulikana) **YA WAZAZI WOTE** lazima yawekwe iwe wanaishi au hawaishi nyumbani.
 - **MIFANO YA MAPATO** ni pamoja na mishahara ya jumla (kabla ya kukatwa kodi), fedha za msaada wa malezi ya watoto, masurufu baada ya talaka, mapato ya kukodisha, malipo ya kutoajiriwa, manufaa ya ustawi wa jamii, msaada wa serikali, n.k.
5. **HATI ZA MAPATO YA JUMLA LAZIMA ZITOLEWE** kwa kipindi sahihi kilichoonyeshwa kwenye fomu ya ombi (miezi 3 au 12 **KABLA** ya tarehe ya huduma). Hii **HAIJUMUISHI** mwezi wa huduma.
HATI ZA MAPATO zinaweza kuwa stakabadhi za malipo, taarifa ya mapato kutoka kwa mwajiri au waraka wa kuandikishwa kupata manufaa kutoka kwa Mapato ya Usalama wa Ziada (Supplemental Security Income, SSI), Ulemavu wa Usalama wa Jamii (Social Security Disability, SSD). Kidokezo: Hati za W2 zinaweza tu kutumika ikiwa tarehe ya huduma ni ya Januari.
 Ikiwa mapato yamewekwa kwenye ombi, hati za mapato hayo **LAZIMA** zitumwe. Tafadhali tuma **NAKALA PEKEE – HATI HAZITARUDISHWA**.
 Maelezo ya mapato yasiyo kamili **HAYATAKUBALIWA** bila maelezo.
6. **IKIWA MAPATO NI SUFURI (\$0.00), LAZIMA** utoe maelezo mafupi ya jinsi gharama za maisha zinavyolipwa.
7. **THIBITISHA, TIA SAINI NA TAREHE KWENYE OMBI**.
8. **TUMA ombi na hati zote:**
 - **MTANDAONI:** Kupitia akaunti yako ya MyChart
 - **KWA POSTA:** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - **KWA BARUA PEPE:** Tuma hati kwa barua pepe katika finccounsel@akronchildrens.org
 - **WEWE MWENYEWE:** Uandikishaji unafanyika katika ghorofo ya 3 ya hospitali au kituo kingine chochote cha kuandikisha 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. HCAP: Ili kutimiza masharti ya kupata huduma isiyolipishwa, lazima wagonjwa wawe wakaazi wa Ohio, ambao kwa sasa hawajasajiliwa katika bima ya Medicaid, wawe na mapato ya familia yanayolingana au yaliyo chini ya Mwongozo wa Kitaifa wa Kiwango cha Umaskini.

MWONGOZO WA KIWANGO CHA UMASKINI WA 2025 KWA MAJIMBO 48 YANAYOPAKANA NA WILAYA YA COLUMBIA	
Watu katika familia/nyumbani	Mwongozo wa kiwango cha umaskini
1	\$15,650
2	\$21,150
3	\$26,650
4	\$32,150
5	\$37,650
6	\$43,150
7	\$48,650
8	\$54,150

Kwa familia/nyumba zilizo na zaidi ya watu 8, ongeza \$5,500 kwa kila mtu wa ziada.

2. Ikiwa hustahili kupokea huduma ya HCAP au una mapato ambayo ni zaidi ya kiwango cha umaskini, unaweza kutimiza masharti ya kupata usaidizi 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: Usaidizi unatolewa katika lugha zingine. Wasiliana na Huduma za Ukalimani ili kupata usaidizi.



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



Akron Children's

Je, unahitaji msaada wa kulipa bili za hospitali?

Akron Children's inaweza kutoa huduma ya bila malipo au iliyopunguzwa gharama.

Ikiwa unahitaji msaada wa fedha:

1. Mpango wa Uhakikisho wa Huduma za Hospitali (Hospital Care Assurance Program, HCAP) hutoa huduma bila malipo kwa familia zinazostahili.
2. Akron Children's inatoa huduma iliyopunguzwa gharama au ya uhisani kwa wale ambao hawastahili kupokea huduma ya HCAP.



Ikiwa unahitaji msaada wa kulipa bili yako ya hospitali:

- Jaza ombi hili. Kwa maswali kuhusu usaidizi unaotolewa na jinsi ya kuomba, wasiliana na huduma ya Ushauri wa Kifedha katika finccounsel@akronchildrens.org au kwa nambari 330-543-2455.

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



Ombi la Msaada wa Fedha (HCAP/Huduma ya Uhisani) 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 hawahitimu kupata usaidizi kupitia Medicaid wanaweza kuhitimu kupata huduma ya hisani kulingana na Mwongozo wa Umaskini wa Serikali Kuu.

Maelezo ya Mgonjwa

Jina Kamili _____
Anwani _____
Jiji _____
Jimbo _____ Msimbo wa Eneo _____
Simu _____
SSN ya Mgonjwa _____

Mdhamini wa #1 *(Mtu aliye na wajibu wa kulipa bili)*

Jina Kamili _____
Anwani _____
Jiji _____
Jimbo _____ Msimbo wa Eneo _____
Simu _____

Mdhamini wa #2 *(Mtu aliye na wajibu wa kulipa bili)*

Jina Kamili _____
Anwani _____
Jiji _____
Jimbo _____ Msimbo wa Eneo _____
Simu _____

Ni lazima ujibu maswali yafuatayo ili ombi lako lishughulikiwe:

1. Je, mgonjwa alikuwa mkazi wa Ohio katika tarehe ya kupokea huduma ya hospitali?

☐ Ndiyo ☐ Hapana
2. Je, mgonjwa alikuwa na bima nyingine ya afya isipokuwa Medicaid wakati wa huduma?

☐ Ndiyo ☐ Hapana Ikiwa ndiyo, andika jina la kampuni ya bima na nambari ya kitambulisho: _____
3. Je, mgonjwa alikuwa mpokeaji wa huduma ya bima ya Medicaid wakati wa huduma?

☐ Ndiyo ☐ Hapana Ikiwa ndiyo, andika namba ya Kitambulisho cha mpokeaji wa Medicaid: _____

☐ Weka alama ikiwa umejiajiri na ujumuishe 1040 yako na ratiba inayofaa, au Taarifa ya Faida/Hasara ya W2/1099 ya miezi 3 kabla ya tarehe ya huduma.

Toa maelezo yafuatayo ya mgonjwa na watu wote wanaoishi nyumbani. Katika HCAP, “familia” inafanuliwa kama: mgonjwa, wazazi wa mgonjwa, ndugu wote wa mgonjwa (wa kuzaliwa au wa kupangwa). * 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 JUMLA YA MIEZI 3 KABLA YA TAREHE YA HUDUMA	MAPATO JUMLA YA 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 mishahara ya jumla (kabla ya kukatwa kodi), fedha za msaada wa malezi ya watoto, masurufu baada ya talaka, mapato ya kukodisha, fidia ya ukosefu wa ajira, malipo ya mpango wa usalama wa jamii, usaidizi wa umma, n.k. Ikiwa uliripoti mapato sufuri (\$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.

OFFICE USE ONLY	
HCAP	CHARITY
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** KUTENDA KWA NIABA YANGU KATIKA KUNISAIDIA KUTIMIZA MASHARTI YA KUPATA MSAADA BORA NINAOSTAHILI. ILI KUTOA MSAADA, NINAELEWA KUWA MWAKILISHI WA **AKRON CHILDREN'S** ANAWEZA KUWASILIANA NAMI ILI KUPATA MAELEZO YA ZIADA AU KUTUMIA SHIRIKA LINGINE KUTHIBITISHA MAELEZO YA KIFEDHA YALIYOTOLEWA KWENYE OMBI HILI.

Saini ya Mwombaji/Mzazi

TAREHE

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