

如何申请

除非患者在出院后 45 天内因同一病症再次入院，否则每次住院均需单独填写一份住院申请表。

门诊服务资格自首次服务之日起 90 天内有效。

1. 填写服务日期。
2. 申请表上的所有适用部分都必须填写完整。
3. 必须在申请表上签名并注明日期。
4. 如果患者为未成年儿童：
 - 无论是否一起生活，都必须提供父母双方的姓名。
 - 无论是否一起生活，都必须提供父母双方的收入情况（若知晓）。
 - 收入情况的示例包括工资总额（税前）、子女抚养费、离婚赡养费、租金收入、失业救济金、社会安全福利、公共援助等。
5. 总收入证明文件必须在申请表上注明的正确期限内提供（服务日期前 3 个月或 12 个月）。接受服务的当月不包括在内。

收入证明文件可以是工资单、雇主出具的收入证明，或者是补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)、社会保障残疾保险 (Social Security Disability, SSD) 的福利认定。注意：W2 表只能在服务日期为一月时使用。

如果申请表上列出了收入，则必须提供该项收入的证明文件。请仅提供文件的副本——提交的文件将不予退还。

收入信息不完整且对此无解释的申请，将不予接受。

6. 如果收入为零 (\$0.00)，您必须提供一份简短的说明，解释如何支付生活开支。
7. 核实、签署申请表并注明日期。
8. 提交申请表和所有证明文件：
 - **在线提交：**通过您的 MyChart 账户
 - **邮寄：** Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - **电子邮件：**将文件通过电子邮件发送至 fincounsel@akronchildrens.org
 - **亲自递送：**在医院三楼或任何患者登记处办理入院。
 - **传真：**330-543-3371



您可能有资格享受免费或优惠医院护理。

Akron Children's 为无力支付医院账单的家庭提供财务援助。

1. 医院医疗保险计划 (Hospital Care Assurance Program, HCAP)：患者必须是俄亥俄州居民，目前未享受 Medicaid，且家庭收入处于或低于联邦贫困线 (Federal Poverty Guideline)，才有资格享受免费护理。

2025 年 48 个相邻州及哥伦比亚特区的贫困线	
家庭/住户成员	贫困线
1	\$ 15,650
2	\$ 21,150
3	\$ 26,650
4	\$ 32,150
5	\$ 37,650
6	\$ 43,150
7	\$ 48,650
8	\$ 54,150
8 人以上的家庭/住户，每多一人增加 \$5,500。	

2. 如果您不享有 HCAP 的资格或您的收入高于贫困水平，那么您可能有资格享受其他援助。

Akron Children's 为有财务困难的家庭提供优惠或慈善医疗。请访问 <https://akronchildrens.org/pages/Financial-Assistance.html>

有关财务援助和申请方法的问题，请致电财务咨询处：330-543-2455。

提供翻译服务：以其他语言提供协助。请联系语言协助服务处寻求帮助。



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



您在支付医院账单方面是否需要协助？

Akron Children's 可以提供免费或费用减免的护理。

如果您需要财务援助：

1. 医院医疗保险计划 (HCAP) 为符合资格的家庭提供免费护理。
2. Akron Children's 为不符合 HCAP 资格的家庭提供优惠或慈善医疗。



如果您在支付医院账单方面需要协助：

- 请填写此申请表。关于能提供何种帮助和如何申请的问题，请发送电子邮件至 fincounsel@akronchildrens.org 或致电 330-543-2455 联系财务咨询处。

如果您对您的账单有疑问，请致电客户服务部：330-543-8500、800-933-7440



财务援助申请表 (HCAP/慈善医疗)

服务日期: _____

Akron Children's 为所有需要财务援助的患者提供财务援助计划, 无论其收入水平如何, 均按比例收取费用。
不符合 Medicaid 援助资格的患者, 可能有资格根据联邦贫困线水平获得慈善医疗。

患者信息

全名 _____

地址 _____

城市 _____

州 _____ 邮政编码 _____

电话 _____

患者社会安全号码 (Social Security Number, SSN) _____

第一担保人 (负责支付账单的人)

全名 _____

地址 _____

城市 _____

州 _____ 邮政编码 _____

电话 _____

第二担保人 (负责支付账单的人)

全名 _____

地址 _____

城市 _____

州 _____ 邮政编码 _____

电话 _____

为了您的申请能顺利得到处理, 请务必回答以下问题:

1. 患者在接受医院服务时是否为俄亥俄州居民? ☐ 是 ☐ 否
2. 患者在接受服务期间是否有除了 Medicaid 以外的医疗保险? ☐ 是 ☐ 否 若是, 请提供保险公司名称和识别号码: _____
3. 患者在接受服务期间是否是 Medicaid 的有效受益者? ☐ 是 ☐ 否 若是, 请提供 Medicaid 受益者识别号码: _____

☐ 如果您是个体经营者, 请勾选此项, 并附上您的 1040 表格和相关附件, 或服务日期前 3 个月的 W2/1099 损益表。

提供患者和所有住户的以下信息。对于 HCAP, “家人”的定义是: 患者、患者的父母、患者的所有兄弟姐妹 (亲生或收养)。*如有需要, 请另附纸张。

家庭成员姓名	与患者的关系	出生日期	收入来源或雇主名称	工作年限	服务日期前 3 个月的 总收入	服务日期前 12 个月的 总收入
1.	本人					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

本申请表必须随收入证明文件一并提交。收入情况的示例包括工资总额 (税前)、子女抚养费、离婚赡养费、租金收入、失业救济金、社会安全福利、公共援助等。
如果您报告的收入为零 (\$0.00), 请在下方说明在服务日期之前如何满足基本的食品和住房需求。*如有需要, 请另附纸张。

限官方使用	
HCAP	CHARITY
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

本人在下方签名, 即为确认就本人所知, 本申请表上所填写的回答真实且完整。本人授权 AKRON CHILDREN'S 代表本人为本人申请符合条件的最佳援助。为了提供支持, 本人理解 AKRON CHILDREN'S 的代表可能会与本人联系以获取更多信息, 或通过第三方机构来核实本申请表上的财务信息。

_____ 申请人/其父母签名

_____ 日期

☐ * 如果申请表有附加纸张, 请勾选此处