

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. 申请表上所有适用的部分均须**填写**。
3. 申请表必须**署名并注明日期**。
4. 如果患者是未成年子女：
 - 无论父母是否居住在家中，都必须提供**父母双方的姓名**。
 - 无论父母是否居住在家中，都必须提供**父母双方的收入**（如已知）。
 - **收入示例**包括工资总额（税前）、子女抚养费、赡养费、租金收入、失业救济金、社会安全福利等。

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。

如果申请中列出了收入，**必须**提供此收入的相关证明。请仅提供**复印件**，因为提交的文件将**不予归还**。

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**简短说明生活开支的支付情况。
7. **核实、署名并注明申请日期**。
8. **提交申请及所有文件**：
 - **在线方式**：通过您的 MyChart 账户
 - **邮寄方式**：Akron Children's Hospital Care Assurance, P.O. Box 1757, Akron, OH 44309
 - **电子邮件方式**：将文件通过电子邮件发送至 fincounsel@akronchildrens.org
 - **现场方式**：医院三楼或任何患者登记点均可接收。
 - **传真方式**：330-543-3371



您可能有资格享受免费或优惠医院医疗服务。 Akron Children's 为无法支付医院账单的家庭提供经济援助。

1. **医院医疗保障计划 (Hospital Care Assurance Program, HCAP)**：患者若要享受**免费医疗服务**，必须满足以下条件：**为俄亥俄州居民、目前未享受 Medicaid、家庭收入低于或等于联邦贫困线标准 (Federal Poverty Guidelines)**。

2026 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	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
5	\$38,680
6	\$44,360
7	\$50,040
8	\$55,720
8 人以上的家庭/住户，每多一人增加 \$5,680。	

2. 如果您不符合 HCAP 资格或收入高于贫困线，**您可能有资格获得其他援助。** Akron Children's 为有财务困难的家庭提供**优惠或慈善医疗**。详情请访问 <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 (Financial Counseling)：330-543-2455。

提供翻译服务：可以其他语言提供协助。请联系语言协助服务 (Language Access Services) 寻求帮助。

提供口译员服务

Akron Children's Hospital 为您提供以下**免费服务**：

- 现场口译员
- 涵盖 200 种语言的电话和视频通话口译员
- 为有听力障碍、视力障碍或交流障碍的人士提供辅助交流工具

请向任意工作人员求助
语言协助服务热线：330-543-6897

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



您在支付医院账单方面是否需要帮助？

Akron Children's 可提供**免费或优惠的医疗服务**。

如果您需要财务援助：

1. 医院医疗保障计划 (HCAP) 为符合条件的家庭提供**免费医疗服务**。
2. Akron Children's 可为不符合 HCAP 资格的人士提供**优惠或慈善医疗**。



如果您在支付医院账单方面需要帮助：

- 填写此申请表。如需了解我们提供哪些帮助以及如何申请，请发送电子邮件至 fincounsel@akronchildrens.org 或拨打 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 (Customer Service)：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, 均按浮动比例决定援助金额
不符合通过 Medicaid 获得援助资格的患者, 可根据联邦贫困线标准获得慈善医疗。

患者信息

全名 _____
地址 _____
城市 _____
州 _____ 邮编 _____
电话 _____

#1 担保人 (负责支付账单的人)

全名 _____
地址 _____
城市 _____
州 _____ 邮编 _____
电话 _____

#2 担保人 (负责支付账单的人)

全名 _____
地址 _____
城市 _____
州 _____ 邮编 _____
电话 _____

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

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的当天是否为俄亥俄州居民? 是 否
2. 患者在接受服务时是否有除 Medicaid 以外的健康保险? 是 否 如果是, 请提供保险公司名称及保单号码: _____
3. 患者在接受服务时是否享有有效的 Medicaid 保险承保? 是 否 如果是, 请提供 Medicaid 领受者的 ID 号码: _____

请勾选您是否为个体经营者, 并附上 1040 表及相应的附表, 或服务日前 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, “家庭” 定义为: 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, 请附加额外的表单。

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。收入示例包括工资总额 (税前)、子女抚养费、赡养费、租金收入、失业救济金、社会安全福利等。

如果您申报的收入为零 (\$0.00), 请在下方说明在服务日期之前的基本食物和住房需求的提供情况。*如有需要, 请附加额外的表单。

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/家长签名

日期

* 若此申请表附有额外表单, 请勾选此处。