# NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL TOLEDO

# ملخص مكتوب بلغة بسيطة لسياسة المساعدة المالية (FINANCIAL ASSISTANCE POLICY, FAP)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **برنامج المساعدات المالية**  **\*\* يتوفر طلب التقديم في الجهة الخلفية لهذه الصفحة \*\***  يوفر مستشفى Nationwide Children’s Hospital Toledo رعاية مجانية أو مخفضة التكاليف للخدمات الأساسية والضرورية طبيًا للأفراد المؤهلين لبرنامج المساعدات المالية أو برنامج ضمان رعاية المستشفى (Hospital Care Assurance Program, HCAP). ينبغي للمرضى استخدام جميع الموارد الأخرى، بما فيها تقديم طلب إلى الإدارة المحلية للتوظيف والخدمات الأسرية (Department of Job and Family Services)، قبل التقدم بطلب للحصول على المساعدات المالية. تعتمد الأهلية للحصول على المساعدات على إجمالي الدخل الكلي (المبلغ الذي تكسبه قبل خصم الضرائب) وعدد المعالين في الأسرة. لن تُفرض رسوم على المرضى المؤهلين مقابل حصولهم على الرعاية الطارئة أو غيرها من خدمات الرعاية الضرورية طبيًا زيادة على المبالغ التي تُفرض عمومًا (Amounts Generally Billed, AGB) على المرضى الذين لديهم تأمين. لا يميز مستشفى Nationwide Children’s على أساس العرق أو اللون أو العقيدة أو الإثنية أو الأصل القومي أو العمر أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجندرية أو الدين أو الإعاقة.  **شروط الأهلية:**  الحصول على دخل يبلغ %400 من مستوى الفقر الفيدرالي أو يقل عنه  ألا تكون من المستفيدين من برنامج Medicaid – سيحصل المستفيدون من برنامج Medicaid الذين يتلقون الرعاية الضرورية طبيًا التي لا يغطيها تأمين Medicaid على تغطية برنامج المساعدات المالية.  الإقامة في ولاية أوهايو أو ميشيغان - يجب أن يحصل المقيمون خارج ولاية أوهايو أو ميشيغان الذين يطلبون الحصول على مساعدة مالية لسداد تكاليف الرعاية الطبية غير الطارئة على موافقة مسبقة للحصول على المساعدة المالية قبل تلقي الرعاية. |  | **برنامج ضمان رعاية المستشفى (HCAP)**  **\*\* يتوفر طلب التقديم في الجهة الخلفية لهذه الصفحة \*\***  إن برنامج HCAP هو نسخة ولاية أوهايو من برنامج المستشفيات لتحمل الحصص غير التناسبية (Disproportionate Share Hospital Program) المطلوب فيدراليًا. يختص هذا البرنامج بفاتورة المستشفى فقط. يجب أن تَصدُر الفواتير لجميع شركات التأمين والجهات الخارجية القائمة بالدفع قبل التقدم بطلب لبرنامج HCAP. لا يمكن تقديم المساعدة إلا في الجزء الذي يجب على المريض دفعه من الفاتورة.  **شروط الأهلية:**  أن تكون في مستوى الفقر الفيدرالي أو أقل منه  ألا تكون من المستفيدين من برنامج Medicaid  الإقامة في ولاية أوهايو  **هل تحتاج إلى المساعدة في التقدم بطلب للحصول على المساعدات المالية؟**  **اتصل على الرقم 888-908-2498**  لكي تحصل على نسخة مجانية من سياسة FAP، وملخص سياسة FAP المكتوب بلغة بسيطة وطلب التقدم للحصول على المساعدات المالية باللغة الإنجليزية أو اللغات الأخرى، يرجى زيارة www.nationwidechildrens.org/locations/toledo/patient-resources/financial-assistance |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إرشادات دخل الفقر – سارية من 1/17/2025** | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |
| **حجم الأسرة** | **الدخل يساوي 100% من مستوى الفقر الفيدرالي** | **الدخل يساوي 150% من مستوى الفقر الفيدرالي** | | **الدخل يساوي 200% من مستوى الفقر الفيدرالي** | | **الدخل يساوي 300% من مستوى الفقر الفيدرالي** | **الدخل يساوي 400% من مستوى الفقر الفيدرالي** |
| 1 | 15650 دولارًا | 23475 دولارًا | | 31300 دولارًا | | 46950دولارًا | 62600 دولارًا |
| 2 | 21150 دولارًا | 31725 دولارًا | | 42300 دولارًا | | 63450دولارًا | 84600 دولارًا |
| 3 | 26650 دولارًا | 39975 دولارًا | | 53300 دولارًا | | 79950 دولارًا | 106600 دولارًا |
| 4 | 32150 دولار | 48225 دولار | | 64300 دولار | | 96450 دولار | 128600 دولار |
| 5 | 37650 دولارًا | 56475 دولارًا | | 75300 دولارًا | | 112950 دولارًا | 150600 دولارًا |
| 6 | 43150 دولارًا | 64725 دولارًا | | 86300 دولارًا | | 129450 دولارًا | 172600 دولارًا |
| لكل شخص إضافي، يُضاف | 5500 دولارًا | 8250 دولارًا | | 11000 دولارًا | | 16500 دولارًا | 22000 دولارًا |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL TOLEDO**  **طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية ومساعدات برنامج HCAP** | | | | | | | | Place **Registration Sticker** Here  **OR**  **Date of Service: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |
| **يجب** تقديم طلب منفصل لكل مريض | | | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |
| اسم المريض: | | | | | | اسم الضامن: | | | | | | | |
| العنوان والمدينة والولاية: | | | | | | رقم الهاتف: | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. في أي ولاية كان يسكن المريض في وقت تلقي الخدمة؟ | | | | | | |  | | |  | | | |
| 1. هل كان المريض من مواطني الولايات المتحدة وقت تلقي الخدمة؟ | | | | | | | نعم \_\_\_\_ لا \_\_\_\_ | | |  | | لن تؤثر أي إجابات على هذه الأسئلة على أهلية المريض للحصول على الرعاية أو تؤخر قدرته في الحصول عليها. | |
| 1. هل كان لدى المريض تأمين صحي وقت الحصول على الخدمة؟ | | | | | | | نعم \_\_\_\_ لا \_\_\_\_ | | |
| 1. هل كان المريض مستفيدًا فعليًا من برنامج Medicaid وقت تلقي الخدمة؟ | | | | | | | نعم \_\_\_\_ لا \_\_\_\_ | | |
| 1. هل كان المريض مستفيدًا فعليًا من برنامج مساعدات ذوي الإعاقة (Disability Assistance) وقت الحصول على الخدمة؟ | | | | | | | نعم \_\_\_\_ لا \_\_\_\_ | | |
|  | | | | | | |  | | |
| **يتضمن الدخل إجمالي (قبل خصم الضرائب) الأجور والدخل من الإيجار وتعويضات البطالة ومخصصات الضمان الاجتماعي والمساعدات الحكومية وما إلى ذلك.**  **يشمل أفراد الأسرة جميع المذكورين أدناه بغض النظر عن المكان الذي يقيمون فيه.** | | | | | | | | | | | | | |
| **اسم فرد الأسرة** | **العمر** | **تاريخ الميلاد** | **علاقته بالمريض** | | **مصدر الدخل أو اسم جهة العمل** | | | | | | **الدخل في آخر 3 أشهر قبل تاريخ تلقي الخدمة** | | **الدخل في آخر 12 شهرًا قبل تاريخ تلقي الخدمة** |
|  |  |  | المريض | |  | | | | | |  | |  |
|  |  |  | الوالد(ة) | |  | | | | | |  | |  |
|  |  |  | الوالد(ة) | |  | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |
| **يرجى وضع علامة على وثيقة إثبات الدخل المرفقة:**  نُسخ من كعوب شيكات الأجور خطاب من جهة العمل  غير قادر على تقديمها | | | | بتوقيعي أدناه، أقر بصحة كل ما ذكرته في هذا الطلب وفي المرفقات.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع مقدم الطلب  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  التاريخ | | | | | **أعد هذا النموذج مع أي مرفقات إلى:**  **Nationwide Children’s Hospital Toledo**  **F.A. Dept**  **11511 Reed Hartman Highway**  **Blue Ash, OH 45241** | | | | |
| **إذا أبلغت أن الدخل 0 من الدولارات،** فيرجى تقديم شرح موجز لكيفية تلبية احتياجاتك (أو احتياجات المريض) من الناحية المالية:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |