

# NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

ملخص سياسة المعونة المالية (FAP) بلغة واضحة

## برنامج المعونة المالية

**\*\* انظر خلف هذه الصفحة للحصول على نموذج الطلب \*\***

تقدم مستشفى Nationwide Children's Hospital الرعاية المجانية أو المخفضة للخدمات الأساسية الضرورية من الناحية الطبية للأفراد المؤهلين لبرنامج المعونة المالية أو برنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP). وينبغي على المرضى اللجوء إلى كافة الموارد الأخرى المتاحة، بما في ذلك تقديم طلب إلى الإدارة المحلية لخدمات التوظيف والأسرة، وذلك قبل النظر في طلب المعونة المالية. يعتمد استحقاق المعونة على إجمالي الدخل (ما تحصل عليه قبل استقطاع الضرائب) وعدد المعالين في الأسرة. لن يتم حساب مبالغ إضافية على المرضى المستحقين عن الخدمات الطبية الطارئة أو الخدمات الضرورية من الناحية الطبية بأكثر من المبالغ التي يتم إعداد فواتير عنها بوجه عام (AGB) وذلك للمرضى الذين لديهم تأمين.

## المؤهلات:

إذا كان الفرد عند مستوى 400% أو أقل من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي لا يمكنه تلقي المعونة الطبية للمعوزين (Medicaid) - يخضع متلقي الخدمات التابعين للمعونة الطبية للمعوزين (Medicaid) والذين يحصلون على الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي لا تخضع للمعونة الطبية للمعوزين (Medicaid) للتغطية في هذه الخدمات من قبل برنامج المعونة المالية. يقيم في ولاية أوهايو - ينبغي أن يحصل غير المقيمين في ولاية أوهايو ممن يطلبون المعونة المالية مقابل الرعاية الصحية غير العارضة موافقة مسبقة للحصول على المعونة المالية وذلك قبل تلقي الرعاية.

## هل تحتاج إلى مساعدة للتقدم للحصول على المساعدة المالية؟

يرجى الاتصال على الرقم 614-722-2055

يمكنك مراجعة ممثل دخول المرضى في العنوان 700 Children's Drive او في أي من المواقع الأخرى التابعة لنا للحصول على معونة أو للحصول على نسخة مجانية من سياسة المعونة المالية، أو ملخص سياسة المعونة المالية بلغة بسيطة، وطلب الحصول على المعونة المالية باللغة الإنجليزية أو بأي من اللغات الأخرى. يمكنك أيضاً زيارة

[www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance) للحصول على هذه الوثائق.

## برنامج ضمان الرعاية في المستشفى (HCAP)

**\*\* انظر خلف هذه الصفحة للحصول على نموذج الطلب \*\***

برنامج ضمان الرعاية في المستشفى هو النسخة المعمول بها في أوهايو من برنامج عدم التناسب في مشاركة المستشفيات المطلوب على المستوى الفيدرالي. هذا البرنامج مصمم لمحاكاة المستشفى فقط. ينبغي محاسبة كافة دافعي التأمين أو من خلال الغير قبل التقدم في برنامج ضمان الرعاية في المستشفى. لا يجوز تقديم المعونة إلا فيما يتعلق بذلك الجزء من الفاتورة الذي ينبغي على المريض سداه.

## المؤهلات:

عند مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي أو أقل منه لا يمكنه الحصول على المعونة الطبية للمعوزين يقيم في ولاية أوهايو

## برنامج البداية الصحية والأسر الصحية

اتصل على الأرقام 614-722-2070 أو 1-800-324-8680

يقدم برنامج البداية الصحية وأسرة صحية تغطية الرعاية الصحية المجانية ومنخفضة التكاليف للأسر، والأطفال (حتى سن 19 عام) والسيدات الحوامل. تتضمن التغطية زيارات الطبيب، والرعاية في المستشفى، والخدمات المتعلقة بالحمل، والأدوية، والبصر، والأسنان، والإدمان، وخدمات الصحة العقلية والمزيد.

## المؤهلات:

يقدم برنامج البداية الصحية خدماته للأطفال غير الخاضعين للتأمين في الأسر التي يصل دخلها إلى 206% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي (FPL) يقدم برنامج البداية الصحية خدماته للأطفال الخاضعين للتأمين في الأسر التي يصل دخلها إلى 156% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي (FPL)

## الإرشادات الخاصة بدخل الفقر لعام 2019

الدخل 400% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي	الدخل 300% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي	الدخل 200% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي	الدخل 150% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي	الدخل 100% من مستوى الفقر الموضوع من جانب الاتحاد الفيدرالي	حجم الأسرة
49.960 دولار	37.470 دولار	24.980 دولار	18.735 دولار	12.490 دولار	1
67.640 دولار	50.730 دولار	33.820 دولار	25.365 دولار	16.910 دولار	2
85.320 دولار	63.990 دولار	42.660 دولار	31.995 دولار	21.330 دولار	3
103.000 دولار	77.250 دولار	51.550 دولار	38.625 دولار	25.750 دولار	4
120.680 دولار	90.510 دولار	60.340 دولار	45.255 دولار	30.170 دولار	5
138.360 دولار	103.770 دولار	69.180 دولار	51.885 دولار	34.590 دولار	6
17.680 دولار	13.260 دولار	8.840 دولار	6.630 دولار	4.420 دولار	لكل شخص إضافي، أضيف

ضع ملصق التسجيل هنا

## NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

برنامج ضمان الرعاية الصحية في المستشفى وطلب المعونة المالية

اسم المريض:	اسم الضامن:
العنوان، والمدينة، والولاية:	رقم الهاتف:

- 1) هل كان المريض يقيم في أوهايو في وقت الخدمة؟  
2) هل كان المريض مواطناً أمريكياً في وقت الخدمة؟  
3) هل كان لدى المريض تأمين صحي في وقت الخدمة؟  
4) هل كان المريض متلقي نشط للمعونة الطبية للمعوزين (Medicaid) في وقت الخدمة؟  
5) هل كان المريض متلقي نشط لمساعدات الإعاقة في وقت الخدمة؟
- نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- إذا ما كانت الإجابة نعم على الأسئلة 3، أو 4، أو 5، يرجى إرفاق نسخة من تأمينك، أو المعونة الطبية للمعوزين، أو بطاقة معونة العجز مع هذا الطلب.

يتضمن الدخل الأجر الإجمالي (قبل استقطاع الضرائب)، والدخل الخاص بالإيجار، وتعويض البطالة، ومزايا الضمان الاجتماعي، والمعونة العامة، إلخ. يتضمن أفراد الأسرة كافة المدرجين أدناه بغض النظر عن المكان الذي يعيشون فيه.

اسم فرد الأسرة	العمر	تاريخ الميلاد	العلاقة درجة القرابة للمريض	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	الدخل لمدة 3 أشهر قبل تاريخ الخدمة	الدخل لمدة 12 شهر قبل تاريخ الخدمة
			المريض			
			الأم			
			الأب			

يرجى التحقق من الدخل المرفق:

- نسخ من إيصالات السداد  
 خطاب من جهة التوظيف  
 غير قادر على تقديمها

بموجب توقيعي أدناه: أشهد على صحة كل ما ذكر في هذا الطلب وفي مرفقاتي.

إذا ما ذكرت أن الدخل 0 دولار أمريكي، يرجى تقديم شرح مختصر عن الكيفية التي تعيش بها (أو المريض) من الناحية المالية:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

يرجى إعادة إرسال هذا النموذج مع المرفقات إلى:

**Nationwide Children's Hospital**

حسابات المرضى – إدارة المساعدات (F.A.)  
المالية

**700 Children's Drive  
Columbus, OH 43205**

**614-722-2055**

يرجى إرسال فاكس إلى: **614-355-2266**