

全国儿童医院 (NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL)

经济资助政策 (FAP) 简明概要

经济资助计划

**** 请查看本页背面的申请 ****

全国儿童医院向有资格参与经济资助计划或医院医疗保险计划 (HCAP) 的个人提供免费或优惠的基本必要医疗服务。患者在考虑寻求经济资助之前，必须首先利用所有其他资源，包括向本地就业与家庭服务局 (Department of Job and Family Services) 申请。资助资格取决于总收入（您的税前收入）和家庭中受抚养者人数。针对紧急或其他必要医疗服务向合格患者收取的费用，将不超过向投保患者收取的常规计费金额 (AGB)。

资格要求:

等于或低于联邦贫困水平的 400%

不得享受 Medicaid - Medicaid 享有者若接受了 Medicaid 未承保的必要医疗服务，可享受经济资助计划。

居住在俄亥俄州 - 申请非紧急医疗经济资助的非俄亥俄州居民，必须在接受医疗前获得经济资助预先批准。

申请经济资助时需要帮助?

请致电 614-722-2055

造访位于 700 Children's Drive 或任何其他地点的患者联系代表 (Patient Access Representative)，以寻求帮助或获取 FAP、FAP 简明概要和经济资助申请的英文或其他语言的免费副本。您也可访问

www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance 查看这些文档。

医院医疗保险计划 (HCAP)

**** 请查看本页背面的申请 ****

HCAP 是联邦政府要求的俄亥俄州超额服务医院计划 (Disproportionate Share Hospital Program)。此计划仅限于支付医院账单。所有的保险和第三方支付人在申请 HCAP 前必须先收取账单。资助范围仅限于账单中需要由患者支付的部分。

资格要求:

等于或低于联邦贫困水平

不得享受 Medicaid

居住在俄亥俄州

健康起点和健康家庭 (HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES)

请致电 614-722-2070 或 1-800-324-8680

健康起点和健康家庭计划为家庭、未成年人 (19 岁及以下) 和孕妇提供免费和低成本的健康保险。保险范围包括问诊、医院护理、孕期相关服务、用药、眼科、口腔科、药物滥用、精神健康服务等。

资格要求:

适用于家庭收入在联邦贫困水平 (FPL) 206% 及以下的未投保儿童的健康起点计划

适用于家庭收入在联邦贫困水平 (FPL) 156% 及以下的已投保儿童的健康起点计划

2019 年贫困收入指导线

家庭人数	收入 100% FPL	收入 150% FPL	收入 200% FPL	收入 300% FPL	收入 400% FPL
1	\$12,490	\$18,735	\$24,980	\$37,470	\$49,960
2	\$16,910	\$25,365	\$33,820	\$50,730	\$67,640
3	\$21,330	\$31,995	\$42,660	\$63,990	\$85,320
4	\$25,750	\$38,625	\$51,500	\$77,250	\$103,000
5	\$30,170	\$45,255	\$60,340	\$90,510	\$120,680
6	\$34,590	\$51,885	\$69,180	\$103,770	\$138,360
每增加一人, 增加	\$4,420	\$6,630	\$8,840	\$13,260	\$17,680

全国儿童医院
HCAP 和经济资助申请

请在此处粘贴登记贴纸

患者姓名:	担保人姓名:
地址、市和州:	电话号码:

- | | | |
|---|-----------|--|
| 1) 患者接受服务期间是否居住在俄亥俄州? | 是___ 否___ | |
| 2) 患者接受服务期间是否为美国公民? | 是___ 否___ | |
| 3) 患者接受服务期间是否有医疗保险? | 是___ 否___ | |
| 4) 患者接受服务期间是否正常享受 Medicaid 保险? | 是___ 否___ | |
| 5) 患者接受服务期间是否正常享受残疾人援助服务 (Disability Assistance)? | 是___ 否___ | |

若问题 3、4 或 5 的答案为**是**，请在本申请中附上您的保险、Medicaid、DA 卡**复印件**。

收入包括总工资（税前）、租金收入、失业补偿、社会保障福利金、公共援助金等。
 家庭成员包括以下列出的所有成员，无论居住在何处。

家庭成员姓名	年龄	出生日期	与患者的关系	收入来源或雇主名称	接受服务之日前 3 个月收入	接受服务之日前 12 个月收入
			患者			
			母亲			
			父亲			

请勾选所附收入证明:

- 工资单副本 雇主证明信
 无法提供

通过在下方签名，我证明在此申请和附件中所述一切内容均为真实信息。

 申请人签字

 日期

若报告收入为 0 美元，请简要说明
 您（或患者）如何维持开支：

请将此表和任何附件返回至:

Nationwide Children's Hospital
 Patient Accounts - F. A. Dept
 700 Children's Drive
 Columbus, OH 43205
 614-722-2055
 传真: 614-355-2266