

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

RÉSUMÉ EN LANGAGE CLAIR DE LA POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE (FAP)

PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

**** Voir la demande qui se trouve au verso de cette page ****

Nationwide Children's Hospital fournit gratuitement ou à prix réduit des soins de base et médicalement nécessaires aux personnes admissibles au Programme d'assistance financière (FAP) ou au Programme d'assurance pour soins hospitaliers (HCAP). Les patients doivent utiliser toutes les autres ressources, y compris faire une demande auprès du Department of Job and Family Services local, avant qu'une assistance financière soit prise en considération.

L'admissibilité à l'assistance est basée sur le revenu brut total (l'argent que vous gagnez avant de payer des impôts) et le nombre de personnes à charge dans votre famille. Les patients admissibles ne seront pas facturés davantage pour les soins d'urgence ou les autres soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés (AGB) aux patients possédant une assurance.

Qualifications :

Niveau inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral

Ne doit pas être bénéficiaire de Medicaid – les bénéficiaires de Medicaid qui reçoivent des soins médicalement nécessaires non couverts par Medicaid seront couverts par le Programme d'assistance financière.

Vivre dans l'État de l'Ohio – La demande d'assistance financière des patients ne résidant pas dans l'Ohio pour des soins médicaux non urgents doit être approuvée avant que le patient reçoive des soins.

Vous avez besoin d'aide pour demander de l'assistance financière ?

Appelez le 614-722-2055

Consultez un représentant de l'accès des patients (Patient Access Representative) à 700 Children's Drive ou à un autre de nos emplacements pour obtenir de l'aide ou une copie gratuite du Programme d'assistance financière (FAP), du Résumé en langage clair du FAP et de la Demande d'assistance financière en anglais ou dans d'autres langues. Vous pouvez également consulter www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance pour obtenir ces documents.

PROGRAMME D'ASSURANCE POUR SOINS HOSPITALIERS (HCAP)

**** Voir la demande qui se trouve au verso de cette page ****

Le Programme d'assurance pour soins hospitaliers (HCAP) est la version de l'État de l'Ohio du programme des hôpitaux à répartition disproportionnée (Disproportionate Share Hospital Program) exigé au niveau fédéral. Ce programme s'applique uniquement aux factures hospitalières. Toutes les assurances et tous les tiers payants doivent être facturés avant de demander de bénéficier du HCAP. L'assistance ne peut être accordée que pour la partie de la facture que le patient doit payer.

Qualifications :

Niveau inférieur ou égal au seuil de pauvreté fédéral

Ne peut pas être bénéficiaire de Medicaid

Vivre dans l'État de l'Ohio

HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES

Appelez le 614-722-2070 ou le 1-800-324-8680

Healthy Start and Healthy Families offre aux familles, enfants (jusqu'à 19 ans) et femmes enceintes une couverture gratuite et bon marché pour les soins de santé. La couverture comprend les visites chez le médecin, les soins hospitaliers, les services liés à la grossesse, à la médecine, à la vision, aux dents, la toxicomanie, la santé mentale et bien plus encore.

Qualifications :

Healthy Start pour enfants non assurés de familles dont les revenus atteignent au maximum 206 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL)

Healthy Start pour enfants assurés de familles dont les revenus atteignent au maximum 156 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL)

DIRECTIVES SUR LES SEUILS DE PAUVRETÉ 2019

Taille de la famille	Revenu 100 % du FPL	Revenu 150% du FPL	Revenu 200% du FPL	Revenu 300% du FPL	Revenu 400% du 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
Pour chaque personne supplémentaire, ajouter	\$4,420	\$6,630	\$8,840	\$13,260	\$17,680

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL

Demande d'assistance financière et HCAP

Placer l'autocollant d'inscription ici

Nom du patient :	Nom du garant :
Adresse, ville et État :	Numéro de téléphone :

- | | | |
|--|--------------|--|
| 1) Le patient vivait-il dans l'Ohio au moment du service ? | Oui___ Non__ | Si vous avez répondu oui aux |
| 2) Le patient était-il de nationalité américaine au moment du service ? | Oui___ Non__ | questions 3, 4 ou 5, joignez une |
| 3) Le patient possédait-il une assurance médicale au moment du service ? | Oui___ Non__ | copie de votre carte d'assurance, |
| 4) Le patient était-il un bénéficiaire actif de Medicaid au moment du service ? | Oui___ Non__ | Medicaid ou d'assurance invalidité à |
| 5) Le patient était-il un bénéficiaire actif de l'assistance aux handicapés au moment du service ? | Oui___ Non__ | cette demande. |

Le revenu comprend le salaire brut (avant impôts), les revenus locatifs, les indemnisations de chômage, les prestations de sécurité sociale, l'assistance publique, etc.

Les membres de la famille comprennent toutes les personnes indiquées ci-dessous, quel que soit leur lieu de résidence.

Nom du membre de la famille	Âge	Date de naissance	Lien de parenté avec le patient	Source de revenus ou nom de l'employeur	Revenu pendant les 3 mois précédant la date de service	Revenu pendant les 12 mois précédant la date de service
			Patient			
			Mère			
			Père			

Veillez cocher le mode de vérification des revenus joint :

- Copies des fiches de paie Lettre de l'employeur
 Ne peut pas fournir

Si vous avez indiqué un revenu nul, veuillez indiquer brièvement comment vous (ou le patient) survivez financièrement :

En signant ce document, je certifie que toutes les déclarations faites dans cette demande et les pièces jointes sont vraies.

Signature du demandeur

Date

Renvoyez ce formulaire avec les pièces jointes à :

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