

BỆNH VIỆN NATIONWIDE CHILDREN'S

BẢN TÓM TẮT CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BẰNG NGÔN NGỮ DỄ HIỂU (FAP)

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

**** Xem đơn xin ở mặt sau trang này ****

Bệnh Viện Nationwide Children's cam kết chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho các dịch vụ cơ bản, cần thiết về mặt y tế cho các cá nhân có đủ điều kiện hưởng Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính hoặc Chương Trình Bảo Đảm Chăm Sóc Của Bệnh Viện Của Ohio (HCAP). Bệnh nhân phải sử dụng tất cả các nguồn lực khác, bao gồm nộp đơn xin đến Bộ Dịch Vụ Việc Làm và Gia Đình địa phương, trước khi hỗ trợ tài chính được xem xét. Kết quả đủ điều kiện nhận hỗ trợ được căn cứ trên tổng thu nhập (thu nhập của quý vị trước khi trừ thuế) và số nhân khẩu phụ thuộc trong gia đình. Bệnh nhân đủ điều kiện sẽ không bị tính thêm phí cho dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác, ngoài số tiền tính phí thông thường (AGB) cho bệnh nhân có bảo hiểm.

Điều kiện:

Ở hoặc dưới 400% mức nghèo của liên bang

Không được là người được nhận Medicaid – Người được nhận Medicaid có tiếp nhận dịch vụ Chăm Sóc Cần Thiết Về Mặt Y Tế không được chi trả bởi Medicaid, sẽ được chi trả bởi Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

Sống tại Bang Ohio - Công dân không phải công dân Ohio yêu cầu hỗ trợ tài chính để nhận chăm sóc y tế không khẩn cấp phải được phê duyệt trước về hỗ trợ tài chính trước khi nhận chăm sóc đó.

QUÝ VỊ CẦN TRỢ GIÚP ĐỂ XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH?

Gọi 614-722-2055

Liên hệ bất kỳ Đại Diện Tiếp Xúc Bệnh Nhân nào tại địa chỉ 700 Children's Drive hoặc bất kỳ địa điểm nào khác của chúng tôi để được trợ giúp hoặc nhận bản sao FAP, Bản Tóm Tắt FAP Bằng Ngôn Ngữ Dễ Hiểu và Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính miễn phí bằng tiếng Anh hoặc ngôn ngữ khác. Quý vị cũng có thể truy cập www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance để xem các tài liệu này.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO ĐẢM CHĂM SÓC CỦA BỆNH VIỆN CỦA OHIO (HCAP)

**** Xem đơn xin ở mặt sau trang này ****

Phiên bản HCAP của Ohio của Chương Trình Bệnh Viện Chung Không Cân Xứng theo yêu cầu liên bang. Chương trình này chỉ dành cho hóa đơn bệnh viện. Tất cả các bên chi trả bảo hiểm và bên thứ ba phải được xuất hóa đơn đến trước khi xin HCAP. Việc hỗ trợ có thể được cung cấp cho phần hóa đơn mà bệnh nhân phải chi trả.

Điều kiện:

Ở hoặc dưới mức nghèo của liên bang
Không thể là người được nhận Medicaid
Sống tại Bang Ohio

KHỞI ĐẦU MẠNH KHỎE VÀ GIA ĐÌNH MẠNH KHỎE

Gọi 614-722-2070 hoặc 1-800-324-8680

Khởi Đầu Mạnh Khỏe và Gia đình Mạnh Khỏe đem đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí và chi phí thấp cho gia đình, trẻ em (dưới 19 tuổi) và phụ nữ mang thai. Phạm vi chi trả bao gồm buổi thăm khám với bác sĩ, chăm sóc của bệnh viện, các dịch vụ liên quan đến mang thai, thuốc, các dịch vụ về nhãn khoa, nha khoa, lạm dụng dược chất, sức khỏe tâm thần và nhiều dịch vụ khác.

Điều kiện:

Khởi Đầu Mạnh Khỏe dành cho trẻ em không có bảo hiểm trong gia đình có thu nhập ở mức dưới 206% Mức Nghèo Của Liên Bang (FPL)

Khởi Đầu Mạnh Khỏe dành cho trẻ em có bảo hiểm trong gia đình có thu nhập ở mức dưới 156% Mức Nghèo Của Liên Bang (FPL)

HƯỚNG DẪN CHUẨN THU NHẬP NGHÈO NĂM 2019

Quy Mô Gia Đình	Thu nhập ở mức 100% FPL	Thu nhập ở mức 150% FPL	Thu nhập ở mức 200% FPL	Thu nhập ở mức 300% FPL	Thu nhập ở mức 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
Đối với từng người bổ sung, thêm	\$4,420	\$6,630	\$8,840	\$13,260	\$17,680

BỆNH VIỆN NATIONWIDE CHILDREN'S
Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính Và HCAP

Đặt Giấy Đăng Ký Ở Đây

Tên Bệnh Nhân:	Tên Người Bảo Đảm:
Địa chỉ, Thành phố và Bang:	Số Điện Thoại:

- 1) Bệnh nhân có sống tại Ohio vào thời điểm cung cấp dịch vụ không?
- 2) Bệnh nhân có phải công dân Hoa Kỳ vào thời điểm cung cấp dịch vụ không?
- 3) Bệnh nhân có nhận Bảo Hiểm Medical vào thời điểm cung cấp dịch vụ không?
- 4) Bệnh nhân có phải người nhận Medicaid có hiệu lực vào thời điểm cung cấp dịch vụ không?
- 5) Bệnh nhân có phải người nhận Hỗ Trợ Khuyết Tật vào thời điểm cung cấp dịch vụ không?

Có ___ Không ___
Có ___ Không ___
Có ___ Không ___
Có ___ Không ___
Có ___ Không ___

Nếu câu trả lời là **CÓ** cho câu hỏi số 3, 4, hoặc 5 vui lòng **đính kèm bản sao** bảo hiểm, Medicaid, hoặc thẻ DA của quý vị vào đơn xin này.

Thu nhập bao gồm tổng (trước thuế) lương, thu nhập cho thuê, trợ cấp thất nghiệp, phúc lợi an sinh xã hội, hỗ trợ công cộng, v.v.
Thành viên gia đình bao gồm tất cả các thành viên được liệt kê bên dưới bất kể nơi ở.

Tên Thành Viên Gia Đình	Tuổi	Ngày Sinh	Quan Hệ Đối Với Bệnh Nhân	Nguồn Thu Nhập Hoặc Tên Nhà Tuyển Dụng	Thu nhập trong vòng 3 tháng trước ngày thực hiện dịch vụ	Thu nhập trong vòng 12 tháng trước ngày thực hiện dịch vụ
			Bệnh Nhân			
			Cha			
			Mẹ			

Vui lòng đánh dấu chứng từ xác nhận thu nhập đính kèm:

- Bản Sao Chi Phiếu Thư của người sử dụng lao động
 Không Thẻ Cung Cấp

Nếu quý vị báo cáo thu nhập 0 USD, vui lòng cung cấp giải thích ngắn gọn về việc quý vị (hoặc bệnh nhân) giải quyết nhu cầu tài chính như thế nào:

Bằng chữ ký bên dưới, tôi xác nhận rằng mọi tuyên bố của tôi trên đơn xin này và trên các chứng từ đính kèm của tôi là đúng sự thật.

Chữ Ký Của Người Xin

Ngày

Nộp lại mẫu này với mọi chứng từ đính kèm đến:

**Bệnh viện Nationwide
Children's
Bộ Phận Khách Hàng Bệnh
Nhân – F.A.
700 Children's Drive
Columbus, OH 43205
614-722-2055
Gửi fax đến: 614-355-2266**