

રાષ્ટ્રવ્યાપી બાળકોની હોસ્પિટલ નાણાંકીય સહાય નીતિ (FAP) નો સાદી ભાષામાં સારાંશ

નાણાંકીય સહાય પ્રોગ્રામ

**** એલ્લિકેશન માટે આ પૃષ્ઠની પાછળની બાજુ જુઓ ****

રાષ્ટ્રવ્યાપી બાળકોની હોસ્પિટલ નાણાંકીય સહાય પ્રોગ્રામ અથવા હોસ્પિટલ કેર એશ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (Hospital Care Assurance Program, HCAP) માટે વાયકાત ધરાવતી વ્યક્તિઓને મૂળભૂત, તબીબી રીતે જરૂરી સેવાઓ માટે મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટેડ સંભાળ પ્રદાન કરે છે. નાણાંકીય સહાયની વિચારણા કરવામાં આવે તે પહેલાં દર્દીઓએ સ્થાનિક નોકરી અને કુટુંબ સેવાઓ વિભાગને અરજી સહિત અન્ય તમામ સંસાધનોનો ઉપયોગ કરવો આવશ્યક છે. સહાય માટેની પાત્રતા કુલ આવક (કર પહેલાં તમે કેટલી કમાણી કરો છો) અને કુટુંબમાં આશ્રિતોની સંખ્યા પર આધારિત છે. પાત્ર દર્દીઓ પાસેથી આપાતકાલીન અથવા અન્ય તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ માટે સામાન્ય રીતે બીલ કરવામાં આવતી રકમ (AGB) કરતાં વધુ ચાર્જ લેવામાં આવશે નહીં. નાણાંકીય સહાય માટેની પાત્રતા જાતિ, રંગ, સંપ્રદાય, વંશીયતા, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, લિંગ, જાતીય અભિગમ, લિંગ ઓળખ, ધર્મ અથવા અપંગતાને ધ્યાનમાં લીધા વિના તમામ દર્દીઓને વાગુ પડે છે.

વાયકાત:

ફેડરલ ગરીબી સ્તરના 400% પર અથવા તેનાથી નીચે

Medicaid ના પ્રાપ્તકર્તા હોઈ શકતા નથી - Medicaid દ્વારા કવર કરવામાં આવતી તબીબી રીતે જરૂરી સંભાળ મેળવનારા Medicaid પ્રાપ્તકર્તાઓને નાણાંકીય સહાય કાર્યક્રમ દ્વારા કવર કરવામાં આવશે.

ઓહિયો રાજ્યમાં રહેવાસી - ઓહિયોના બિન-રહેવાસીઓ જેઓ બિન-આપાતકાલીન તબીબી સંભાળ માટે નાણાંકીય સહાયની વિનંતી કરે છે તેઓને સંભાળ મેળવતા પહેલાં નાણાંકીય સહાય માટે પૂર્વ-મંજૂર હોવું આવશ્યક છે.

નાણાંકીય સહાય માટે અરજી કરવા માટે મદદની જરૂર છે?

614-722-2055 પર કોલ કરો

મદદ માટે 700 ચિલ્ડ્રન્સ ડ્રાઇવ પર અથવા અમારા અન્ય કોઈપણ સ્થાનો પર કોઈપણ દર્દી એક્સેસ પ્રતિનિધિને મળો અથવા FAP ની મફત નકલ, FAP નો સાદી ભાષાનો સારાંશ અને અંગ્રેજી અથવા અન્ય ભાષાઓમાં નાણાંકીય સહાય અરજી મેળવો. તમે આ દસ્તાવેજો માટે www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance ની મુલાકાત પણ લઈ શકો છો.

હોસ્પિટલ કેર એશ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (HCAP)

**** એલ્લિકેશન માટે આ પૃષ્ઠની પાછળની બાજુ જુઓ ****

HCAP એ સંઘીય રીતે જરૂરી અપ્રમાણસર શેર હોસ્પિટલ પ્રોગ્રામનું ઓહિયોનું સંસ્કરણ છે. આ પ્રોગ્રામ માત્ર હોસ્પિટલના બિલ માટે છે. HCAP માટે અરજી કરતા પહેલાં તમામ વીમા અને તૃતીય-પક્ષ યુક્વણીકર્તાઓને બિલ આપવું આવશ્યક છે. દર્દીએ યુક્વણના બિલના ભાગ માટે જ સહાય આપવામાં આવી શકે છે.

વાયકાત:

ફેડરલ ગરીબી સ્તર પર અથવા તેનાથી નીચે
Medicaid ના પ્રાપ્તકર્તા હોઈ શકતા નથી

ઓહિયો રાજ્યમાં રહે છે

સ્વસ્થ શરૂઆત અને સ્વસ્થ કુટુંબ

614-722-2070 અથવા 1-800-324-8680 પર કોલ કરો

સ્વસ્થ શરૂઆત અને સ્વસ્થ કુટુંબ કુટુંબ, બાળકો (19 વર્ષની વય સુધી) અને સગર્ભા સ્ત્રીઓને મફત અને ઓછા ખર્ચે આરોગ્ય સંભાળ કવરેજ આપે છે. કવરેજમાં ડોક્ટરની મુલાકાતો, હોસ્પિટલની સંભાળ, ગર્ભાવસ્થા સંબંધિત સેવાઓ, દવા, દ્રષ્ટિ, દંત ચિકિત્સક, પદાર્થનો દુરુપયોગ, માનસિક સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ અને ઘણું બધું શામેલ છે.

વાયકાત:

ફેડરલ ગરીબી સ્તર (FPL) ના 206% સુધીની આવક ધરાવતા કુટુંબમાં વીમો ન ધરાવતાં બાળકો માટે સ્વસ્થ શરૂઆત
ફેડરલ ગરીબી સ્તર (FPL) ના 156% સુધીની આવક ધરાવતા કુટુંબમાં વીમો ધરાવતાં બાળકો માટે સ્વસ્થ શરૂઆત

2023 ગરીબી આવક માર્ગદર્શિકા

કુટુંબનું કદ	આવક 100% FPL	આવક 150% FPL	આવક 200% FPL	આવક 300% FPL	આવક 400% FPL
1	\$14,580	\$21,870	\$29,160	\$43,740	\$58,320
2	\$19,720	\$29,580	\$39,440	\$59,160	\$78,880
3	\$24,860	\$37,290	\$49,720	\$74,580	\$99,440
4	\$30,000	\$45,000	\$60,000	\$90,000	\$1,20,000
5	\$35,140	\$52,710	\$70,280	\$1,05,420	\$1,40,560
6	\$40,280	\$60,420	\$80,560	\$1,20,840	\$1,61,120
દરેક વધારાના વ્યક્તિ માટે, ઉમેરો	\$5,140	\$7,710	\$10,280	\$15,420	\$20,560

GUJARATI

રાષ્ટ્રવ્યાપી બાળકોની હોસ્પિટલ

HCAP અને નાણાંકીય સહાય અરજી

નોંધણી સ્ટીકર અહીં ચિપકાવો
અથવા
સેવાની તારીખ: _____

દરેક દર્દી માટે અલગ અરજી સબમિટ કરવી **આવશ્યક** છે

દર્દીનું નામ:	બાયધરો આપનારનું નામ:
સરનામું, શહેર અને રાજ્ય:	ફોન નંબર:

- 1) શું દર્દી સેવા સમયે ઓહિયોમાં રહેતાં હતાં? હા _____ ના _____
- 2) શું દર્દી સેવા સમયે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના નાગરિક હતાં? હા _____ ના _____
- 3) શું દર્દી પાસે સેવા સમયે તબીબી વીમો હતો? હા _____ ના _____
- 4) શું દર્દી સેવા સમયે સક્રિય Medicaid પ્રાપ્તકર્તા હતાં? હા _____ ના _____
- 5) શું દર્દી સેવા સમયે વિકલાંગતા સહાય માટે સક્રિય પ્રાપ્તકર્તા હતાં? હા _____ ના _____

જો તમે પ્રશ્ન 3, 4, અથવા 5 નો જવાબ હા માં આપ્યો
હોય, તો કૃપા કરીને આ અરજી સાથે તમારા વીમા,
Medicaid અથવા DA કાર્ડની નકલ જોડો.

આવકમાં કુલ (કર પહેલાં) વેતન, ભાડાની આવક, બેરોજગારી વળતર, સામાજિક સુરક્ષા લાભો, જાહેર સહાય વગેરેનો સમાવેશ થાય છે.

કુટુંબના સભ્યો તેઓ ક્યાં રહે છે તે ધ્યાનમાં લીધા વિના નીચે સૂચિબદ્ધ બધાનો સમાવેશ કરે છે.

કુટુંબના સભ્યનું નામ	ઉંમર	જન્મ તારીખ	સંબંધ દર્દી સાથે	આવકનો સ્ત્રોત અથવા એમ્પ્લોયરનું નામ	3 મહિનાની આવક સેવાની તારીખ પહેલાં	12 મહિનાની આવક સેવાની તારીખ પહેલાં
			દર્દી			
			માતા-પિતા			
			માતા-પિતા			

કૃપા કરીને જોડેલ આવક ચક્રસણી તપાસો:

- યુકવણી પર્સોનની નકલો એમ્પ્લોયર તરફથી પત્ર
 પ્રદાન કરવામાં અસમર્થ

જો તમે \$0 ની આવકની જાણ કરી હોય, તો કૃપા કરીને તમે (અથવા દર્દી) આર્થિક રીતે કેવી રીતે ટકી રહ્યા છો તેની ટૂંકી સમજૂતી આપો:

નીચે સહી કરીને, હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં આ અરજી પર અને મારા જોડાણો પર જે જણાવ્યું છે તે બધું સાચું છે.

અરજદારની સહી

તારીખ

કોઈપણ જોડાણો સાથે આ ફોર્મ પરત કરો:

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

ફોક્સ: 614-355-2266
અમને ઈમેઇલ કરો:

Children'sPatientAccounts@NationwideChildrens.org