# NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL

# 经济援助政策 (FAP) 简明语言概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **经济援助计划**  **\*\* 申请表见本页背面 \*\***  Nationwide Children’s Hospital 为符合经济援助计划或医院护理保证计划 (Hospital Care Assurance Program, HCAP) 资格的个人提供免费或优惠的基础性和有医疗必要性的服务。在申请经济援助之前，患者应使用所有其他资源，包括向当地就业和家庭服务部门 (Department of Job and Family Services) 提出申请。获得援助的资格取决于家庭总收入（税前收入）和家庭中受扶养人的数量。符合条件的患者在急诊或其他必要的医疗护理方面的费用不会高于那些有保险的患者通常支付的费用 (amounts generally billed, AGB)。Nationwide Children’s Hospital 不会因种族、肤色、信仰、民族、国籍、年龄、性别、性取向、性别认同、宗教或残疾而歧视任何人。  **资格条件：**  达到或低于联邦贫困线的 400%  不能是 Medicaid 的接受者 - Medicaid 的接受者如果接受了不被 Medicaid 承保的必要的医疗护理，其将被纳入经济援助计划。  居住在俄亥俄州 - 申请非紧急医疗护理经济援助的非俄亥俄州居民，在接受护理前必须获得经济救助预先批准。  **需要帮助申请经济援助吗？**  **致电 614-722-2055**  请在 700 Children’s Drive 或我们的任何其他地点向任何患者接待代表寻求帮助，或获得免费的 FAP 副本、FAP 的简明语言概要，以及英语或其他语言版本的经济援助申请 (Financial Assistance Application)。您也可以访问 [www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance) 以获取这些文件。 | | | |  | **医院护理保证计划 (HCAP)**  **\*\* 申请表见本页背面 \*\***  HCAP 是俄亥俄州的联邦所要求的不成比例的共享医院计划 (Disproportionate Share Hospital Program) 的版本。此计划仅适用于医院费用。所有保险和第三方付款人必须在申请 HCAP 前已有账单。只能为患者必须支付的那部分账单提供帮助。  **资格条件：**  处于或低于联邦贫困线  无法成为 Medicaid 的接受者  居住于俄亥俄州  **健康之始和健康之家**  **致电 614-722-2070 或 1-800-324-8680**  健康之始和健康之家 (Healthy Start and Healthy Families) 为家庭、儿童（19 岁以下）和孕妇提供免费和低成本的医疗护理。承保范围包括医生就诊、医院护理、妊娠相关服务、药物、视力、牙科、药物滥用、心理健康服务等。  **资格条件：**  Healthy Start 针对收入最多是联邦贫困线 (Federal Poverty Level, FPL) 206% 的家庭中的未参保儿童  Healthy Start 针对收入最多是联邦贫困线 156% 的家庭中的已参保儿童 | | |
|  | | | |  |  | | |
| **贫困收入指南 – 2025 年 1 月 17 日起生效** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **家庭人数** | **收入为 FPL 的 100%** | **收入为 FPL 的 150%** | **收入为 FPL 的 200%** | | | **收入为 FPL 的 300%** | **收入为 FPL 的 400%** |
| 1 | $15,650 | $23,475 | $31,300 | | | $46,950 | $62,600 |
| 2 | $21,150 | $31,725 | $42,300 | | | $63,450 | $84,600 |
| 3 | $26,650 | $39,975 | $53,300 | | | $79,950 | $106,600 |
| 4 | $32,150 | $48,225 | $64,300 | | | $96,450 | $128,600 |
| 5 | $37,650 | $56,475 | $75,300 | | | $112,950 | $150,600 |
| 6 | $43,150 | $64,725 | $86,300 | | | $129,450 | $172,600 |
| 对于每个额外人员，需添加金额 | $5,500 | $8,250 | $11,000 | | | $16,500 | $22,000 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATIONWIDE CHILDREN’S HOSPITAL**  **HCAP 和经济援助申请** | | | | | | | | Please **Registration Sticker** Here  **OR**  **Date of Service：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| **必须**为每名患者提交单独的申请 | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| 患者姓名： | | | | | | 担保人姓名： | | | | | | | | | | |
| 地址、城市和州： | | | | | | 电话号码： | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 在接受服务期间，该患者是否居住于俄亥俄？ | | | | | | | | | 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_ | | | | |  | | |
| 1. 在接受服务期间，该患者是否为美国的公民？ | | | | | | | | | 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_ | | | | |  | 对这些问题的任何回答都不会影响资格或延误患者接受护理的能力。 | |
| 1. 在接受服务期间，该患者是否拥有医疗保险 (Medical Insurance)？ | | | | | | | | | 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_ | | | | |
| 1. 在接受服务期间，该患者是否为有效的 Medicaid 接受者？ | | | | | | | | | 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_ | | | | |
| 1. 在接受服务期间，该患者是否为一名有效的伤残援助 (Disability Assistance, DA) 接受者？ | | | | | | | | | 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |  | | | |
| **收入包括总（税前）工资、租金收入、失业补偿、社会保障福利、公共援助等。**  **家庭成员包括下面列出的所有人，无论他们住在哪里。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭成员姓名** | **年龄** | **出生日期** | | **与患者关系** | **收入来源或雇主名称** | | | | | | | **服务日期前 3 个月的收入** | | | | **服务日期前 12 个月的收入** |
|  |  |  | | 患者 |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | 家长 |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  |  | | 家长 |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  |  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| **请勾选随附的收入证明：**  工资条副本 来自雇主的信函  无法提供 | | | 本人于以下签名，证明本人在本申请表及附件上所述一切属实。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  申请者签字  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期 | | | | | | | **将本表连同任何附件交回至：**  **Nationwide Children’s Hospital**  **Patient Accounts – F.A.Dept**  **700 Children’s Drive**  **Columbus, OH 43205**  **614-722-2055**  **传真：614-355-2266**  **电子邮箱：**  **Children’sPatientAccounts@NationwideChildrens.org** | | | | | | |
| **如果您报告的收入为 $0，**请简要说明您（或患者）在经济上是如何生存的：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |