



वित्तीय सहायताको लागि आवेदन

- ओहायो अस्पताल स्याहार आश्वासन कार्यक्रम (HCAP)
- स्वास्थ्य आर्थिक सहायता कार्यक्रम

कृपया सबै जानकारी लेख्नुहोस्

बिरामीको नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको)		सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्ममिति
सडक ठेगाना, शहर, राज्य, जिप कोड			दिउँसोको फोन
सेवाको मिति	अस्पताल खाता नम्बर	के तपाईंले बिमित हुनुहुन्छ? ○ हो ○ होईन	○ एकल ○ बिबाहित ○ विधवा ○ छुट्टिएको*
सेवाको समयमा रोजगारीको स्थिति: ○ रोजगार ○ सेवानिवृत्त ○ बेरोजगार			
के तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा ओहायो निवासी हुनुहुन्थ्यो? ○ हो ○ होईन			
के तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा एक सक्रिय Medicaid प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो ○ हो ○ होईन यदि हो भने, मेडिकेड बिलिड नम्बर: _____			
के तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा असक्षमता सहायताको प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो ○ हो ○ होईन			
पति/पत्नीको नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको प्रारम्भिक)		सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्ममिति
सेवाको समयमा पति/पत्नीको रोजगारीको स्थिति: ○ रोजगार ○ सेवानिवृत्त ○ बेरोजगार			

आवेदनले अस्पताल बसाइ र/वा सेवाको महिना र त्यसपछिका दुई महिनाहरू समेट्छ

"परिवार"मा बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी*(उनी घरमा बसोबास गरे पनि) र घरमा बस्ने 18 वर्ष मुनिका सबै बिरामीका बच्चाहरू, प्राकृतिक वा धर्मपुत्रीहरू समावेश हुन्छन्। यदि बिरामी 18 वर्षभन्दा कम उमेरको छ भने, "परिवार" मा रोगी, बिरामीको प्राकृतिक वा धर्मपुत्री आमाबाबु (हरू) *(उनी घरमा बसोबास गरे पनि) र घरमा बस्ने 18 वर्ष मुनिका आमाबाबुका छोराछोरीहरू समावेश हुनेछन्।

परिवारको सदस्यको नाम	जन्ममिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	सेवाको मितिअगाडि पछिल्लो तीन महिनाभित्र प्राप्त कुल आय (यदि शून्य भएमा, तलको \$0 आय विवरण पूरा गर्नुपर्छ)	आम्दानीको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम
(बिरामी)		(आफैं)		
परिवारमा कूल सदस्यहरू:			कूल पारिवारिक आम्दानी:	

\$0 आय विवरण: _____

सेवाको मितिअगाडि तीन महिना भित्रको आधारभूत खाद्य/हाउजिड आवश्यकताहरू कसरी पूरा भएका थिए भन्नेबारे संक्षिप्त जानकारी प्रदान गर्नुहोस्।

*अनुपस्थित जीवनसाथी वा आमाबाबुले धरेलु खर्चमा योगदान नगर्दासम्म घरमा नबस्ने जीवनसाथी वा आमाबाबुको आम्दानी आवश्यक हुन्छ; "योगदान गर्दैनन्" कागजातको आम्दानी बल्क प्रयोग गर्नुहोस्।

आय प्रमाणिकरणले कर, पेन्सन, SSI/SSD/बेरोजगारी लाभहरू, भत्ता, बाल सहयोग (यदि बच्चा बिरामी छ भने), दिग्गज लाभहरू, तर यतिमा सिमित छैनलाई समावेश गर्दछ, सेवानिवृत्ति खाता (IRA), 401(k), र 401(b) बाट वितरणहरू गर्दछ।

यदि तपाईंले सामाजिक सुरक्षा वा अशक्तता लाभहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, आम्दानी प्रमाणीकरणको पत्र वा तपाईंको हालको 1099 फाराम पेश गर्न सकिनेछ। प्रमाणीकरणको पत्र सामाजिक सुरक्षा प्रशासनलाई 1.800.772.1213 मा कल गरेर प्राप्त गर्न सकिन्छ।

मैले, तल हस्ताक्षर गरेबमोजिम, Summa Health System मार्फत् आर्थिक सहायताको माग गर्न माथिको जानकारी प्रदान गरेको छु र;

मेरो जानकारीअनुसार; म यो सत्य र सही जानकारी हो भनी भन्छु; र;

म बुझ्छु कि यी संघीय कोषहरू हुन् र मेरोतर्फबाट तिनीहरूको प्रयोगको जिम्मेवारी स्वीकार गर्दछु; र;

ओहायो पारिवारिक सेवा र रोजगार विभाग (ODJFS) को नियम अनुसार Summa Health System ले यस कार्यक्रमलाई परिमार्जन वा रद्द गर्ने अधिकार सुरक्षित राखेको छु भनी म बुझ्छु।

X _____
(बिरामी वा बिरामीको कानूनी प्रतिनिधिले आवेदन मान्य गराउनको लागि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ)

_____ (मिति)

X _____
(अस्पताल प्रतिनिधिको हस्ताक्षर/विभाग वा निकाय)

_____ (मिति)

हाम्रा बिरामीहरूका लागि महत्वपूर्ण सूचना

वित्तीय सहायता कार्यक्रमहरू अस्पताल शुल्कहरूमा मात्र लागू हुन्छन्। यी कार्यक्रमहरूमा कुनै पनि चिकित्सक वा पेशागत बिलिड शुल्कहरू समावेश हुँदैनन्।

नीति कथन

Summa Health System जाति, उमेर, लिङ्ग, रङ, राष्ट्रियता पृष्ठभूमि, राष्ट्रिय मूल, नागरिक, प्राथमिक भाषा, धर्म, अशक्तता, अपाङ्गता, शिक्षा, रोजगार वा विद्यार्थी स्थिति, स्वभाव, सम्बन्ध, बीमा कभरेज, सामुदायिक स्थिति वा कुनै पनि अन्य विभेदपूर्ण कारक जे जस्तो भएतापनि समुदायका आवश्यकताहरू प्रति वित्तीय सहायता प्रतिक्रियाशील प्रदान गर्नमा प्रतिबद्ध छ। स्वास्थ्य सेवा आर्थिक सहायता ("HFA") एक कार्यक्रम हो जसलाई पूर्णरूपमा Summa Health System बाट कोष प्राप्त हुन्छ। यसले स्वास्थ्य बीमा नभएका र आंशिक बीमा कभरेज (जस्तै अबीमाकृत र बीमा पूरा नभएका) मात्र भएका बिरामीहरूलाई समेट्छ जसले आम्दानी र अन्य योग्यता मापदण्ड पूरा गर्दछन्।

स्वास्थ्य बीमा बजारस्थान (विनिमय) सहभागिता

- यदि बिरामीलाई बजारस्थान/विनिमयमा प्रवेश नगर्नको लागि चुनिएको छ भने, तिनीहरूले त्यसो नगर्दासम्म आर्थिक सहायताहरू बढ्न सक्दैन। यस नीतिका अपवादहरूमा SNF मा डिस्चार्ज भएका बिरामीहरू, सम्पत्ति नभएका बिरामीहरू र घरबारविहीन भएको कागजात भएका बिरामीहरू समावेश छन्।
- बिरामीले बीमाको लागि आवश्यक पर्ने कुराहरू पूरा गरिसकेपछि स्वास्थ्य सेवा वित्तीय सहायताको प्रस्ताव गर्न सकिन्छ।

वार्षिक आय					
परिवार सङ्ख्या	HCAP	परोपकार		परोपकार	
	100% FPL 100% छुट	101-250% FPL 100% छुट		251-400% FPL AGB = 85% छुट	
1	\$13,590	\$13,591	\$33,975	\$33,976	\$54,360
2	\$18,310	\$18,311	\$45,775	\$45,776	\$73,240
3	\$23,030	\$23,031	\$57,575	\$57,576	\$92,120
4	\$27,750	\$27,751	\$69,375	\$69,376	\$111,000
5	\$32,470	\$32,471	\$81,175	\$81,176	\$129,880
6	\$37,190	\$37,191	\$92,975	\$92,976	\$148,760
7	\$41,910	\$41,911	\$104,775	\$104,776	\$167,640
8	\$46,630	\$46,631	\$116,575	\$116,576	\$186,520

प्रत्येक थप व्यक्तिका लागि \$4,720 थप्नुहोस्

01/12/2022 मा सेवा प्रारम्भ मितिका लागि प्रभावकारी

"परिवार"मा बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी*(उनी घरमा बसोबास गरे पनि) र घरमा बस्ने 18 वर्ष मुनिका सबै बिरामीका बच्चाहरू, प्राकृतिक वा धर्मपुत्रीहरू समावेश हुन्छन्। यदि बिरामी 18 वर्षभन्दा कम उमेरको छ भने, "परिवार" मा रोगी, बिरामीको प्राकृतिक वा धर्मपुत्री आमाबाबु (हरू) *(उनी घरमा बसोबास गरे पनि) र घरमा बस्ने 18 वर्ष मुनिका आमाबाबुका छोराछोरीहरू समावेश हुनेछन्।

नीतिको पूर्ण प्रति यहाँ उपलब्ध छ summahealth.org/patientvisitor.

Summa Health System – बिरामी खाता सेवा

पोष्ट बक्स 2090

Akron, OH 44398-6153

