

Вам нужна помощь для оплаты лечения ребенка?



Вы можете подать заявку на финансовую помощь во время лечения вашего ребенка в Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон) или после лечения.

Чтобы подать заявку, заполните форму внутри буклета и оставьте ее персоналу регистратуры в Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон) или отправьте почтой в конверте, который прилагается. Вы также можете заполнить форму в Интернете на странице childrensdayton.org Отправьте заполненную форму почтой.

- Ohio Medicaid или государственная организация по оказанию помощи в области здравоохранения могут частично или полностью оплатить расходы на медицинское обслуживание вашего ребенка, даже если вы не имеете права получать другую помощь от государства.
- Понадобится информация о ваших доходах, например квитанции о начислении заработной платы.
- Чтобы получить финансовую помощь от Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон), иногда может потребоваться сначала подать заявку на участие в программе Medicaid или других программах.
- Если ваш ребенок получает помощь по программам Ohio Medicaid или Healthy Start, вам не нужно подавать заявку на финансовую помощь Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон).

Если вам нужна помощь в заполнении формы или у вас есть вопросы, звоните по этому номеру: 937-641-5727.



One Children's Plaza
Dayton, Ohio 45404-1815
937-641-5727
childrensdayton.org

EP3184 © 2017 Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон). Все права защищены.
The Whirligig, Logo Mark и все товарные знаки принадлежат Дейтон Чилдренс
(Детская Больница г.Дейтон) • childrensdayton.org



пожалуйста,
приклейте
здесь почтовую
марку

Dayton Children's Hospital
One Children's Plaza
Dayton, OH 45404-1815

Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон) программа финансовой помощи



Мы можем помочь вам оплатить лечение вашего ребенка. Если вы имеете право, вы можете получить помощь на частичную или полную оплату счетов (также она называется благотворительная помощь) за лечение в Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон). В зависимости от программы помощь предоставляется лицам с доходом менее 400 % от федерального уровня бедности (FPL). Вы также можете получить помощь квалифицированных финансовых консультантов, в том числе помощь в заполнении форм. Каждый пациент должен заполнить заявку и предоставить документы о доходах семьи.

Программы, доступные пациентам Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон):

- Montgomery County Human Services Levy (Служба соцобеспечения округа Монтгомери) — эта программа доступна только жителям округа Монтгомери. По этой программе жители с чрезвычайно большими медицинскими счетами могут получить помощь.
- Ohio Medicaid и Healthy Start (Медикэйд Огайо и Здоровое начало) — эти программы помогают оплачивать медицинские счета семьям с доходом ниже 200 процентов от федерального уровня бедности (FPL).
- Ohio BSMH (Bureau for Children with Mental Handicaps)(Бюро по работе с детьми с проблемами в умственном развитии) — программа штата, которая распространяется на детей с определенными заболеваниями.
- Ohio Hospital Care Assurance Program (Программа обеспечения больничного ухода Огайо) — эта программа предоставляет бесплатное медицинское обслуживание любому жителю Огайо, чей доход ниже 100 процентов от федерального уровня бедности (FPL).
- Children's Charity Care (Благотворительность для обеспечения медицинского ухода детям) — эта больница помогает семьям с большими счетами за медицинское обслуживание, чей доход составляет ниже 400 процентов от федерального уровня бедности (FPL).

Заявление пациента Дейтон Чилдренс (Детская Больница г.Дейтон) на НСАР и финансовую помощь.

For hospital use only: Approved or Denied
Coverage span: _____

Имя пациента: _____ Дата обслуживания: По: _____ С: _____

Имя заявителя: _____
(если заявитель не является пациентом, ответьте на вопросы, которые касаются пациента, ниже.)

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Номер телефона: _____

Вы жили в Огайо во время обслуживания в больнице? Да: _____ Нет: _____

Вы получили помощь по государственной программе бесплатной или льготной медицинской помощи (Medicaid) во время обслуживания в больнице? Да: _____ Нет: _____

Если ответ "Да", укажите свой ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ номер Medicaid : _____

Вы подавали заявку на получение помощи по программе Medicaid за последние 90 дней? Да: _____ Нет: _____

Вы получили помощь по инвалидности во время пребывания в больнице? Да: _____ Нет: _____
(если ответ "Да", приложите копию карты получения помощи по инвалидности.)

У вас была медицинская страховка (кроме помощи Medicaid) во время пребывания в больнице? Да: _____ Нет: _____

Укажите всех членов семьи (в том числе себя). К членам семьи относятся родители, супруг и дети (биологические или приемные) в возрасте до восемнадцати (18 лет), проживающие в доме вместе с родителем.

член семьи	возраст	степень родства с пациентом	общий доход за 3 месяца до обслуживания в больнице	общий доход за 12 месяцев до обслуживания в больнице
количество членов семьи		общий доход семьи до обслуживания в больнице		

Если вы сообщили о доходах в размере 0 долл. США, предоставьте краткое объяснение ниже или на прикрепленном листе.

Своей подписью ниже я свидетельствую, что все, что я сообщил (сообщила) в этом заявлении и всех приложениях к нему, является правдой, насколько мне известно.

Подпись пациента/заявителя: _____ Дата: _____

У вас есть вопросы? Звоните по телефону 937-641-5727 или 1-800-228-4594 (только для штата Огайо) с 8:00 до 16:30 в рабочие дни.

сможите и заклейте