

unahitaji msaada wa
kulipia gharama za
matibabu ya mtoto
wako?



**Unaweza kuomba usaidizi wa kifedha kabla, wakati
au baada ya mtoto wako kupata matibabu Dyaton
Children's.**

Ili kuomba, jaza fomu ndani ya kipeperushi hiki kisha irudishe kwenye dawati la usajili la Dayton Children's itume kwa kutumia bahasha uliyopewa. Pia unaweza kuijaza fomu hiyo mtandaoni kupitia childrensdayton.org. Tafadhali tuma fomu yako uliyojaza.

- Medicaid ya Ohio au usaidizi wa matibabu wa serikali ya jimbo mara nyingi hulipia sehemu ya gharama yote ya matibabu ya mtoto wako, hata kama hustahiki kupata aina nyinginezo za msaada kutoka katika serikali ya jimbo.
- Ushahidi wa ziada wa kipato (kwa mfano, stakabadhi ya malipo) itaombwa.
- Ili upokee usaidizi wa kifedha wa Dayton Children's, wakati mwingine utapaswa kuomba kwanza Medicaid au mipango mingine.
- Ikiwa mtoto wako anapokea Medicaid ya Ohio au Healthy Start, huhitaji kuomba Usaidizi wa Kifedha wa Dayton Children's.

**Kwa usaidizi wa kujaza fomu hii au maswali,
piga simu 937-641-5727.**



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

EP3184 (Ilirekebishwa 06/2019) © 2019 Dayton Children's Hospital. Haki Zote Zimehifadhiwa.
The Whirligig, Alama ya Nembo na chapa zote za biashara zinamilikiwa na
Dayton Children's Hospital • childrensdayton.org



tafadhali
weka
muhuri
hapa

Hospitoli ya Dayton Children's
One Children's Plaza
Dayton, OH 45404-1815

Mpango wa usaidizi wa kifedha wa Dayton Children's



Tutaweza kukusaidia kulipa gharama za matibabu ya mtoto wako. Ikiwa unakidhi vigezo, unaweza kupata kiasi cha usaidizi au usaidizi wote (pia hujulikana kama huduma ya msaada) kwa gharama za matibabu za Dayton Children's. Kutegemea na mpango, usaidizi unapatikana kwa wale ambao kipato chao kipo chini ya asilimia 400 ya FPL. Pia unaweza kupata msaada kutoka kwa mshauri wa masuala ya fedha mwenye mafunzo, ikiwa ni pamoja na kukusaidia kujaza fomu za usaidizi wa kifedha. Kila mgonjwa lazima ajaze ombi, na kuwasilisha ushahidi wa kipato cha familia.

baadhi ya mipango iliyopo kwa ajili ya wagonjwa wa Dayton Children's:

- Montgomery County Human Services Levy – Huu unapatikana kwa ajili ya wakazi wa Kaunti ya Montgomery pekee. Unatoa usaidizi kwa wakazi wenye mzigo mkubwa wa gharama za matibabu.
- Medicaid ya Ohio na Healthy Start - Mipango hii inatoa usaidizi wa gharama za matibabu kwa familia ambazo kipato chao kipo chini ya asilimia 200 ya kiwango cha umaskini cha serikali kuu.
- Ohio BCMH (Mamlaka ya Watoto wenye Ulemavu wa Akili) - Mpango huu wa jimbo hushughulikia gharama za matibabu kwa ajili ya watoto wenye ugonjwa maalumu.
- Mpango wa Ohio Hospital Care Assurance - Mpango huu hutoa huduma ya bila malipo kwa mkazi yeyote wa Ohio ambaye kipato chake kipo chini ya asilimia 100 ya kiwango cha umaskini cha serikali kuu.
- Children's Charity Care - Hospitali hii inatoa usaidizi kwa familia zenye gharama kubwa za hospitalini ambazo kipato chao ni au kipo chini ya asilimia 400 ya kiwango cha umaskini cha serikali kuu (FPL).

Maombi ya mgonjwa wa Dayton Children's kwa ajili ya HCAP na usaidizi wa kifedha

Kwa matumizi ya hospitali pekee: Yameidhinishwa au Yamekataliwa
Kiwango atakacholipiwa: _____

Jina la mhonjwa: _____ Tarehe ya huduma: Kuanzia: _____ Hadi: _____

Jina la mtu anayejaza maombi: _____
(ikiwa mwombaji si mgonjwa, tafadhali jibu maswali yafuatayo kulingana na yanavyohusika kwa mgonjwa.)

Anwani: _____ Mji: _____ Jimbo: _____ Zip: _____

Nambari ya simu: _____

Ulikuwa mkazi wa Ohio wakati wa huduma yako ya hospitali? Ndiyo: _____ Hapana: _____

Je, ulikuwa mnufaika wa medicaid wakati ulipopata huduma hospitalini? Ndiyo: _____ Hapana: _____

Ikiwa ndiyo, onyesha nambari yako ya UTAMBULISHO YA MEDICAID: _____

Je, umetuma maombi ya kunufaika na Medicaid ndani ya siku 90 zilizopita? Ndiyo: _____ Hapana: _____

Je, ulikuwa mnufaika hai wa usaidizi wa ulemavu wakati ulipokuwa hospitalini? Ndiyo: _____ Hapana: _____
(ikiwa ndiyo, ambatisha nakala ya kadi yako ya DA.)

Je, ulikuwa na bima ya afya (tofauti na Medicaid) wakati wa huduma zako za hospitalini? Ndiyo: _____ Hapana: _____

Tafadhali orodhesha wanafamilia wote (pamoja na wewe mwenyewe). Wanafamilia ni pamoja na wazazi, wanandoa na watoto (wa kuzaliwa au wa kuasili) wenye umri wa chini ya miaka kumi na minane (18) wanaoishi nyumbani pamoja na mzazi.

mwanafamilia	umri	uhusiano na mgonjwa	pato ghafi kwa miezi 3 kabla ya huduma ya hospitali	pato ghafi kwa miezi 12 kabla ya huduma ya hospitalini
jumla ya idadi ya watu katika familia		jumla ya kipato cha familia kabla ya huduma ya hospitali		

Ikiwa umeripotoni kipato \$0, tafadhali toa maelezo mafupi hapa chini au kwenye karatasi iliyoambatishwa.

Kwa saina yangu hapa chini, ninathibitisha kwamba kila kitu nilichokieleza kwenye maombi haya na kwenye viambatisho vyangu ni kweli kadri ya uelewa na imani yangu.

Saina ya mgonjwa/mwombaji: _____ Tarehe: _____

Una maswali? Piga simu 937-641-5727 au 1-800-228-4594 (Ohio pekee) kuanzia saa 8:00 am hadi 4:30 pm Jumatatu - Ijumaa.