

What if I Cannot Pay?

WHAT IF I CANNOT PAY? CHOP offers **Financial Assistance** for medically necessary care to eligible patients and has other payment options available. To learn more about CHOP's financial assistance and obtain a free copy of CHOP's Financial Assistance Policy, Application and a Summary, please visit chop.edu/services/financial-assistance, contact CHOP's Family Health Coverage Program at 1-800-974-2125 or ask at any registration or admission desk.

¿Qué pasa si no puedo pagar? CHOP ofrece **Asistencia Financiera** para cuidados médicamente necesarios, además existen otras opciones de pago disponibles. Para saber más acerca de la asistencia financiera de CHOP y obtener una copia gratuita de la Política de Asistencia Financiera, Aplicación y un Resumen, por favor visite chop.edu/services/financial-assistance o llame al Programa de Cobertura de Salud Familiar al 1-800-974-2125 o pregunte a cualquiera de nuestros agentes en los escritorios de registro e ingreso hospitalario.

QUE SE PASSE-T-IL SI JE NE PEUX PAS PAYER? CHOP offre une **aide financière** pour des soins médicalement indispensables aux patients éligibles et dispose d'autres options de paiement. Pour en savoir plus au sujet de l'aide financière et obtenir gratuitement un exemplaire de la politique d'aide financière, un formulaire d'aide financière et un résumé, veuillez visiter chop.edu/services/financial-assistance ou contactez le programme de couverture médicale familiale de CHOP au 1-800-974-2125.

如果我负担不起费用怎么办? CHOP 向具备资格的患者提供针对医疗必需护理的**经济援助**，同时提供有其他支付选项。如需了解更多关于 CHOP 经济援助的信息并免费获取一份 CHOP 经济援助政策、申请与概要副本，请访问：chop.edu/services/financial-assistance，或联系 CHOP 家庭健康承保计划，电话：1-800-974-2125。

NẾU TÔI KHÔNG THỂ THANH TOÁN THÌ SAO? CHOP có Hỗ trợ Tài chính cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về y tế dành cho các bệnh nhân đủ điều kiện. Để tìm hiểu thêm về Hỗ trợ Tài chính của CHOP và lấy các bản miễn phí về Chính sách Hỗ trợ Tài chính của CHOP, Hồ sơ Xin Hỗ trợ Tài chính, vui lòng truy cập chop.edu/services/financial-assistance hoặc liên hệ Chương trình Bảo hiểm Y tế Gia đình của CHOP theo số 1-800-974-2125.

E SE EU NÃO PUDER PAGAR? O CHOP oferece **assistência financeira** para cuidados clinicamente necessários a pacientes que se qualificam e tem outras opções de pagamento disponíveis. Para saber mais sobre a assistência financeira do CHOP e obter uma cópia grátis da Política de Assistência Financeira, da Inscrição e do resumo do CHOP, visite chop.edu/services/financial-assistance ou entre em contato com o Programa de Cobertura de Saúde da Família do CHOP, no telefone 1-800-974-2125.

Financial Assistance Program at CHOP

Helpful Information for Families

The mission of Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) is to advance healthcare for children. To help children get the care they need, CHOP provides financial assistance for medically necessary and emergency care to patients who meet the eligibility requirements. If CHOP determines that a patient is eligible, CHOP will waive 100 percent of the patient's financial responsibility (after all applicable insurances and other government assistance).

ELIGIBILITY REQUIREMENTS

To be eligible for financial assistance from CHOP, you must meet all of the following requirements:

- Have a total Household Income that **does not exceed 400 percent of the Federal Poverty Guidelines**.
- Be either: **uninsured** or **insured by an insurance company that participates with CHOP**.
- Reside **in CHOP's Primary Service Area**.
- **Cooperate in qualifying for assistance** from your state's Medical Assistance (Medicaid), Children's Health Insurance Program (CHIP), and/or other state programs, if potentially eligible for these programs.
- Complete a CHOP **Financial Assistance Application** (Application) and provide required **documentation**.

HOW TO APPLY FOR FINANCIAL ASSISTANCE

Contact the Family Health Coverage Program. If you think you may be eligible for assistance, please contact the Family Health Coverage Program via phone (1-800-974-2125) or email (fhcp@email.chop.edu). Family Health Coverage Program staff will help you determine whether you are potentially eligible for financial assistance under CHOP's Policy and from state assistance programs, and they will assist you with the application process.

Submit an Application and Supporting Documents. Applications and documents may be submitted to the Family Health Coverage Program: (1) in person at their office (Main Hospital Building, on the eighth floor in Suite 8NE10, near the Connelly Center), (2) via email to fhcp@email.chop.edu, or (3) via mail to Family Health Coverage Program, Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104.

COPIES AND TRANSLATIONS

The Financial Assistance Policy, this Summary and the Application, including translations in Simplified Chinese, Spanish and Vietnamese, are available on CHOP's website at chop.edu/services/financial-assistance. You can also pick up copies at any CHOP registration desk. If you would like to receive free copies by mail, please call 1-800-974-2125 or email fhcp@email.chop.edu.

NOTE: Because eligible patients will not be charged by CHOP for medically necessary or emergency care, they will not be charged more than the amount generally billed by CHOP.



Programa de Assistência Financeira no CHOP

Informações úteis para as famílias

A missão do Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) é prestar cuidados de saúde para crianças. Para ajudar as crianças a ter os cuidados de que precisam, o CHOP fornece assistência financeira para o cuidado medicamente necessário e de emergência aos pacientes que preencham os requisitos de elegibilidade. Se o CHOP determinar que um paciente é elegível, o CHOP renunciará 100% da responsabilidade financeira do paciente (depois de todos os seguros aplicáveis e outras formas de assistência do governo).

REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE

Para ser elegível para assistência financeira do CHOP, você deve atender aos seguintes requisitos:

- Ter um rendimento total do agregado familiar que não ultrapasse **400% das diretrizes de pobreza Federais**.
- Ser: **não segurado** ou **segurado por uma companhia de seguros que participa com o CHOP**.
- Residir **na Área de Serviço Principal do CHOP**.
- **Cooperar na qualificação para o auxílio** de assistência médica do seu estado (Medicaid), Programa de Seguro de Saúde Infantil (CHIP), e/ou outros programas de estado, se potencialmente elegíveis para esses programas.
- Preencher uma **Candidatura de Assistência Financeira CHOP** (candidatura) e fornecer a **documentação** exigida.

COMO SE CANDIDATAR A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Entre em contato com o Programa de Cobertura de Saúde da Família. Se você acha que pode ser elegível para assistência, por favor, entre em contato com o Programa de Cobertura de Saúde da Família através do telefone (1-800-974-2125) ou por e-mail (fhcp@email.chop.edu). O Programa de Cobertura de Saúde da Família irá ajudá-lo a determinar se você é potencialmente elegível para assistência financeira no âmbito da Política do CHOP e de programas de assistência do estado, e irá auxiliá-lo com o processo de candidatura.

Apresente uma Candidatura e os Documentos Comprobativos. As candidaturas e os documentos podem ser apresentados ao Programa de Cobertura de Saúde da Família: (1) em pessoa em seu escritório (edifício principal do Hospital, no 8º andar na Suite 8NE10, perto do Connelly Center), (2) via e-mail para fhcp@email.chop.edu, ou (3) via correio para o Programa de Cobertura de Saúde da Família, Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104.

CÓPIAS E TRADUÇÕES

A Política de assistência financeira, este Resumo e a Candidatura, incluindo traduções em chinês simplificado, espanhol e vietnamita, estão disponíveis no site do CHOP em chop.edu/services/financial-assistance. Você também pode pegar cópias em qualquer balcão de registro do CHOP. Se desejar receber gratuitamente cópias pelo correio, por favor, ligue 1-800-974-2125 ou envie um e-mail para fhcp@email.chop.edu.

NOTA: Em razão de os pacientes elegíveis não serem cobrados pelo CHOP para cuidados medicamente necessários ou de emergência, a eles não será cobrado um montante maior do que o geralmente faturado pelo CHOP.

Programme d'aide financière au CHOP

Informations utiles pour les familles

La mission de Children's Hospital of Philadelphia est d'avancer les soins de santé pour les enfants. Pour aider les enfants à recevoir les soins dont ils ont besoin, le CHOP fournit une aide financière pour des soins médicaux indispensables et d'urgence pour les patients qui correspondent aux critères. Si le CHOP décide qu'un patient est admissible, le CHOP annulera 100 % de la responsabilité financière du patient (après toutes les assurances applicables et autres assistances du gouvernement).

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à une aide financière du CHOP, vous devez remplir les critères suivants:

- Ne pas avoir un revenu familial total excédant **400 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté**.
- Être soit: **non assuré** ou **assuré par une compagnie d'assurance qui collabore avec le CHOP**.
- **Résider au sein de la zone principale** de service du CHOP.
- **Coopérer afin d'être admissible pour obtenir** l'aide médicale de votre état (Medicaid), le programme d'assurance maladie des enfants (CHIP) et/ou d'autres programmes d'état, si potentiellement admissible à ces programmes.
- Remplir une **demande d'aide financière** pour le CHOP (demande) et fournir la **documentation** requise.

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Contactez le Programme familial de prestations de santé (Family Health Coverage Program).

Si vous pensez être admissible à une aide, veuillez contacter le programme de prestations de santé familial Family Health Coverage Program par téléphone (1-800-974-2125) ou par courriel (fhcp@email.chop.edu).

Le personnel du Programme familial de prestations de santé (Family Health Coverage Program) vous aidera à déterminer si vous êtes potentiellement admissible pour une aide financière dans le cadre de la politique du CHOP et des programmes d'aide de l'état, et vous serez aidé dans le processus d'application.

Soumettre une demande et les pièces justificatives. Les demandes et les documents peuvent être soumis au Programme familial de prestation de santé (Family Health Coverage) : (1) en personne à leur bureau (bâtiment principal de l'hôpital, au 8e étage, suite 8NE10, près du Connelly Center), (2) par courriel à fhcp@email.chop.edu, ou (3) par courrier au Family Health Coverage Program, Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104.

COPIES ET TRADUCTIONS

La politique d'aide financière, ce résumé et la demande, y compris les traductions en chinois simplifié, espagnol et vietnamien sont disponibles sur le site Internet du CHOP à chop.edu/services/financial-assistance. Vous pouvez aussi récupérer des copies au bureau d'information du CHOP. Si vous souhaitez recevoir des copies gratuites par courriel, veuillez appeler le 1-800-974-2125 ou envoyez un message à fhcp@email.chop.edu.

REMARQUE: Puisque les patients admissibles ne seront pas facturés par le CHOP pour des soins médicaux indispensables ou d'urgence, ils ne pourront pas être facturés plus que le montant généralement facturé par le CHOP.

CHOP 经济援助项目 对家庭有利的信息

费城儿童医院 (CHOP) 的使命是促进儿童健康护理。为帮助儿童获得所需之护理，CHOP 对符合要求的患者提供经济援助，用于必要的医疗与急诊护理。经 CHOP 确定符合条件的患者，将享有 100% 的经济责任免除福利（在各种适用保险与其他政府援助进行偿付之后）。

资格要求

要从 CHOP 获得经济援助的资格，您必须满足以下所有条件：

- 家庭总收入不超过**联邦贫困线的 400%**。
- 满足以下两者之一：没有保险，或有由 **CHOP** 入股的保险公司承保。
- 为 CHOP 主要服务区域的居民。
- 如有资格申请公共计划，应配合获取政府援助，包括州医疗补助计划 (Medicaid)、儿童健康保险计划 (CHIP)，和/或其他州计划。
- 完成 CHOP “经济援助申请”（申请）并提供所需文件。

如何申请经济援助

联系“家庭健康保险项目”。如果您认为自己符合援助要求，请通过电话 (1-800-974-2125) 或电邮 (fhcp@email.chop.edu) 联系“家庭健康保险项目”。“家庭健康保险项目”的工作人员将帮助您确认是否具备申请 CHOP 政策规定的经济援助和州援助计划，并协助您走申请流程。

提交申请与支持性文件。可通过以下方式向“家庭健康保险项目”提交申请与文件：(1) 亲自交至项目办公室（医院主楼 8 楼 8NE10 室），(2) 发送电邮至 fhcp@email.chop.edu，或 (3) 邮寄至“家庭健康保险项目”，地址为 Family Health Coverage Program, Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104。

副本与翻译

经济援助政策、综述、申请均有对应的简体中文、西班牙文、越南文译本，可从 CHOP 网站 chop.edu/services/financial-assistance 上获取。还可从任何 CHOP 的登记台获取副本。

如您要求免费邮寄副本，请拨打电话 1-800-974-2125 或发送电邮 fhcp@email.chop.edu。

注意： 因为有资格的患者可免费获得 CHOP 的必要医疗与急诊护理，所以他们的医疗费用不会超过普通收费金额。

Programa de Asistencia Financiera en CHOP

Información Útil para las Familias

La misión de Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) es avanzar en la asistencia sanitaria para los niños. Para ayudar a los niños a tener la atención que necesitan, CHOP proporciona asistencia financiera para la atención médica necesaria y de emergencia a los pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Si CHOP determina que un paciente es elegible, CHOP renunciará al 100% de la responsabilidad financiera del paciente (después de todos los seguros aplicables y otras ayudas oficiales).

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para la asistencia financiera de CHOP, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener un Ingreso de Grupo Familiar total que no supere el **400% de las Pautas Federales para Determinar los Índices de Pobreza**.
- Estar: **sin seguro o asegurado por una compañía de seguros que participa de CHOP**.
- Residir en el **Área Principal de Servicios** de CHOP.
- **Cooperar en la calificación para la asistencia** de su Asistencia Médica estatal (Medicaid), Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) u otro programa estatal, si es potencialmente elegible para esos programas.
- Completar una **Solicitud de Asistencia Financiera** de CHOP (Solicitud) y proporcionar la **documentación** requerida.

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

Póngase en contacto con el Programa de Cobertura Médica Familiar. Si cree que puede ser elegible para la asistencia, póngase en contacto con el Programa de Cobertura Médica Familiar por teléfono (1-800-974-2125) o correo electrónico (fhcp@email.chop.edu). El personal del Programa de Cobertura Médica Familiar le ayudará a determinar si es potencialmente elegible para la asistencia financiera conforme a la Política de CHOP y de los programas de asistencia financiera estatales, y le ayudarán con el proceso de solicitud.

Presentación de una Solicitud y los Documentos de Respaldo. Las solicitudes y los documentos se deben presentar al Programa de Cobertura Médica Familiar: (1) en persona en su oficina (Edificio Principal del Hospital, en el 8vo piso de Suite 8NE10, cerca de Connelly Center), (2) por correo electrónico a fhcp@email.chop.edu, o (3) por correo postal a Family Health Coverage Program, Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104.

COPIAS Y TRADUCCIONES

La Política de Asistencia Financiera, este Resumen, incluida la traducción en chino simplificado, español y vietnamita, están disponibles en el sitio web de CHOP en chop.edu/services/financial-assistance. Puede además recoger las copias en la mesa de admisión de CHOP. Si desea recibir copias gratis por correo, llame 1-800-974-2125 o envíe un correo electrónico fhcp@email.chop.edu.

NOTA: Debido a que no se les cobrará a los pacientes elegibles la atención médica necesaria o de emergencias, no se les cobrará más que el monto generalmente facturado por CHOP.



Chương trình Trợ cấp Tài chính tại CHOP

Thông tin hữu ích cho Gia đình

Sứ mệnh của Bệnh viện Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) là nhằm nâng cao chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. Để giúp trẻ em nhận được sự chăm sóc cần thiết, CHOP cung cấp trợ cấp tài chính cho chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y tế cho những bệnh nhân đáp ứng được các yêu cầu đủ điều kiện. Nếu CHOP xác định được rằng một bệnh nhân đủ điều kiện, CHOP sẽ miễn trừ 100% trách nhiệm tài chính của bệnh nhân (sau tất cả các loại bảo hiểm và trợ cấp khác của chính phủ đang áp dụng).

Các yêu cầu đủ điều kiện

Để đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính từ CHOP, quý vị phải đáp ứng được tất cả các yêu cầu sau:

- Có tổng Thu nhập Hộ Gia đình không vượt quá **400% Quy định về Mức Nghèo khó của Liên bang**.
- Hoặc: **không được bảo hiểm** hoặc **được bảo hiểm bởi một công ty bảo hiểm tham gia với CHOP**.
- Cư trú trong **Khu vực Dịch vụ Chính** của CHOP.
- **Hợp tác để có đủ tiêu chuẩn nhận trợ cấp** từ Trợ cấp Y tế (Medicaid), Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Trẻ em (CHIP) của tiểu bang của quý vị và/hoặc các chương trình khác của tiểu bang, nếu có thể đủ điều kiện cho các chương trình này.
- Hoàn thành một **Đơn xin Trợ cấp Tài chính** của CHOP (Đơn) và cung cấp các **giấy tờ bắt buộc**.

Cách Nộp đơn xin Trợ cấp Tài chính

Liên hệ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Gia đình. Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp, vui lòng liên hệ Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Gia đình qua điện thoại (1-800-974-2125) hoặc gửi email (fhcp@email.chop.edu). Nhân viên Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Gia đình sẽ giúp quý vị xác định liệu quý vị có khả năng đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính hay không theo Chính sách của CHOP và từ các chương trình hỗ trợ của tiểu bang, và họ sẽ hỗ trợ quý vị trong quy trình xử lý đơn.

Nộp một Đơn và Chứng từ Hỗ trợ. Có thể nộp đơn và các chứng từ hỗ trợ cho Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Gia đình: (1) trực tiếp tại văn phòng của họ (Tòa nhà Chính của Bệnh viện, tầng 8, Suite 8NE10, gần Trung tâm Connelly), (2) qua email đến fhcp@email.chop.edu, hoặc (3) qua bưu điện đến Family Health Coverage Program, Children's Hospital of Philadelphia, 3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104.

Các bản sao và bản dịch

Chính sách Trợ cấp Tài chính, bản Tóm tắt này và Đơn, bao gồm bản dịch bằng tiếng Trung Quốc giản thể, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt có sẵn tại trang web của CHOP tại chop.edu/services/financial-assistance. Quý vị cũng có thể lấy các bản sao tại bất kỳ bàn đăng ký nào của CHOP. Nếu quý vị muốn nhận các bản sao miễn phí qua bưu điện, vui lòng gọi 1-800-974-2125 hoặc gửi email fhcp@email.chop.edu.

Lưu ý: Bởi các bệnh nhân đủ điều kiện sẽ không bị CHOP tính phí cho chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế, họ sẽ không bị tính phí nhiều hơn số tiền thường được lập hóa đơn bởi CHOP.