ملخص المساعدة المالية

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP). بصفتك أحد المشاركين في برنامج HCAP، نقدم لك خدمات الطوارئ والخدمات الضرورية طبياً الأخرى في مستشفياتنا مجاناً إذا كنت مقيماً في ولاية أوهايو، وإذا (1) كنت مؤهلاً حالياً للحصول على خدمات برنامج المساعدة العامة أو برنامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك يبلغ 100% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر (Federal Poverty Guidelines, FPG) أو دونه.

وفي ما يلي ملخص للمساعدة المالية متاح في مرافق مؤسسة كليفلاند كلينك بما في ذلك المستشفيات ومراكز صحة الأسرة. لا يُطبق هذا الملخص على Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals، وSelect Cleveland Hospitals، ومرافق Ashtabula County Medical Center، وUnion Hospitalsالتي تطبّق سياسات مساعدة مالية خاصة بها.

المساعدة المالية المُقدّمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية للطوارئ والرعاية الضرورية طبيًا الأخرى كخصم من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي
وكنت تقيم في الولاية التي تطلب فيها الرعاية (أوهايو أو فلوريدا أو نيفادا). إذا كنت مقيماً في فلوريدا، فيجب أن تكون مقيماً في المقاطعات التالية: بروارد أو إنديان ريفر أو مارتن أو جنوب سانت لوسي، وأن تطلب خدمات الطوارئ أو الرعاية الضرورية طبياً (لا تغطي مرافق جنوب شرق فلوريدا سوى خدمات رعاية الطوارئ). ستخضع طلبات جميع مقدّمي الطلبات للاستفادة من تغطية برنامج Medicare للفحص، ويجب عليهم التعاون مع ممثلي برنامج Medicare للنظر في حصولهم على المساعدة المالية. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستحصل على مساعدة مجانية أو على تخفيض وفقاً لمعايير الدخل التالية:

- إذا كان دخل أسرتك السنوي لغاية 250% من FPG، فستتلقّى رعاية مجانية،
- إذا كان دخل أسرتك السنوي يتراوح ما بين 251% و400% من FPG، فستتلقّى رعاية مُخفَّضة حتى قيمة المبلغ الذي نطلبه من المرضى المُؤمَّن عليهم عموماً مقابل هذه الخدمات.

حتى إذا كنت تتمتع بتغطية تأمينية، طالما أنك تفي بمعايير الدخل لدينا، فستكون مؤهلاً لتلقي المساعدة المالية إذا كان: التأمين لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبيًا التي تنشدها أو أنك قد استنفدت الحد الأقصى من مساعدات التأمين على مدار فترة حياتك.

طرق إضافية للتأهل. إذا لم تستوفِ معايير الدخل الواردة أعلاه، بصرف النظر عن حالتك التأمينية أو الولاية التي تقيم فيها، فسيتم دراسة كل حالة على حدة للحصول على المساعدة المالية بموجب الظروف التالية:

- *الرصيد الكارثي.* إذا كان لديك رصيد مستحق لصالح Cleveland Clinic على الرسوم المُترتِّبة عن جولة رعاية يتجاوز نسبة 15% من دخل عائلتك السنوي، فسنقيّم طلبك للحصول على المساعدة المالية.
- *الظروف الاستثنائية.* إذا كنت تمر بضائقة شخصية أو مالية شديدة، فبإمكانك التواصل معنا لتقييم طلب حصولك على المساعدة المالية.
- *الظروف الطبية الخاصة.* إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن أن يقدّمه أحدٌ سوى أفراد طاقم CCHS الطبي أو ربما تستفيد من الخدمات الطبية المستمرة التي يقدمها CCHS لاستمرار الرعاية، فسيتم النظر في حالتك على أساس كل حالة على حدة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد. إذا كنت تطلب العلاج في فلوريدا، فمن الضروري أن تكون مريضاً حالياً لدى أحد أطباء CC Florida.

رعاية الأمومة. إذا كنتِ حاملاً وكان تأمينكِ لا يقدم مزايا الأمومة، فستكونين مؤهلة للحصول على المساعدة المالية بموجب سياستنا، طالما أنكِ تستوفين معايير الدخل التي نطبّقها، وأنكِ مقيمة في ولاية أوهايو أو في ولاية فلوريدا، في إحدى مقاطعات إنديان ريفر أو مارتن أو جنوب سانت لوسي، وأنكِ توافقين على التعاون معنا لتحديد أهليتكِ للحصول على مزايا الأمومة بموجب أحد البرامج الحكومية.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ المفروضة عموما. إذا تلقيت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن يُطلب إليك تسديد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الضرورية طبياً الأخرى يزيد عن المبلغ الذي نطلبه في العادة إلى المرضى ممَّن لديهم تأمين تجاري أو تغطية بموجب أحد برنامجَي Medicare أو Medicaid.

كيفية الحصول على نسخ من سياستنا وطلب التقدم. يجوز لك الحصول على نسخة من سياستنا ونموذج طلب
المساعدة المالية: (1) من موقع Cleveland Clinic الإلكتروني عبر www.ccf.org/financialassistance، و(2) في مكاتب الدخول، أو في أقسامنا للطوارئ، أو في أيّ من مكاتبنا لمستشاري المرضى الماليين. إذا اتصلت بخدمات الدعم الأولي للمرضى على الرقم 866.621.6385 أو سألت أحد المستشارين الماليين للمرضى، فسنرسل لك نسخةً عن سياسية المساعدة المالية والملخص المكتوب بلغة سهلة، ونموذج الطلب مجانًا عبر البريد.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. بإمكانك التقدم بطلب في أيّ مرحلة من مراحل عملية تحديد المواعيد أو إصدار الفواتير من خلال استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن دخلك. إن أيّ طلب للمساعدة المالية سواءً تم استيفاؤه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسليمه أو إرساله بالبريد سيُعاد توجيهه إلى فريق خدمات الدعم الأولي للمرضى للتقييم والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفاً طبية كارثية أو استثنائية أو خاصة، فمن الممكن أن يباشر أحد مؤيدي المرضى الماليين أو ممثل خدمات الدعم الأولي للمرضى التقدم بطلبٍ بالنيابة عنك. إذا احتجت إلى أيّ مساعدة في التقدم بالطلب، فيُرجى الاتصال بأحد مؤيدي المرضى الماليين الموجودين في مرافقنا أو الاتصال بخدمات الدعم الأولي للمرضى على الرقم 866.621.6385.

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص، باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والتركية، والكريول.

Las copias de nuestra Política de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en Español.
Finansal Yardım Politikamızın, Başvuru Formunun ve bu Özetin kopyaları İngilizce, Arapça, İspanyolca, Türkçe ve Kreole dillerinde mevcuttur.
Kopi Politik Èd Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib nan lang Anglè, Arab, Panyòl, Kreyòl Ayisyen.

أعِد طلبك بعد استيفائه إلى: **Patients First Support Services – Cleveland Clinic**
6801 Brecksville Rd., RK2-3, Independence, OH 44131-9980

مراجعة 1/2023

Cleveland Clinic

نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض
اكتب اسمك كاملاً وعنوان سكنك في وقت الحصول على الخدمة الطبية وغيرها من المعلومات المحددة في القسم بحروف واضحة.

رقم الحساب_____ تاريخ/تواريخ الخدمة _____

اسم المريض: _____
الأخير الأول الحروف الأولى من اسم الأب

العنوان: _____
الرقم والشارع المدينة الدولة

الولاية محل الإقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: _____/_____/_____ الحالة الاجتماعية: ☐أعزب ☐ متزوج ☐مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: (_____) _____ ☐ المنزل ☐الجوال ☐العمل ☐غير ذلك _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي في وقت تاريخ الخدمة: _____ ☐ لا يوجد تأمين ☐Medicare ☐ Medicaid ☐ غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل الأسرة
أدخل بيانات دخلك ودخل الزوج/الزوجة وجميع أفراد الأسرة الآخرين (إذا كان ينطبق).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل تلقي الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهراً قبل تلقي الخدمة
الأجور/العمل الحر	$	$
الضمان الاجتماعي	$	$
معاش التقاعد، وحصص الأرباح، والفوائد، والدخل من الإيجار	$	$
البطالة وتعويض العمال	$	$
مساعدات الأطفال (فقط إذا كان المريض هو المُتلقّي المقصود)	$	$
غير ذلك	$	$

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل
قائمة بجميع أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك وتواريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية عن جميع أفراد أسرتك المباشرة الذين يعيشون في منزلك. لأغراض HCAP، يشير مصطلح الأسرة إلى المريض، وزوج/زوجة المريض، وجميع أبناء المريض دون الثامنة عشرة من العمر (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون الثامنة عشرة، فسيشمل تعريف الأسرة كُلّاً من المريض، وأيٍّ من أبوي المريض الطبيعيين أو بالتبني أو كلاهما، وأبناء أيٍّ من الأبوين أو كِلاهما الذين هم دون الثامنة عشرة (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

أسماء أفراد الأسرة بمن فيهم المريض تاريخ الميلاد العلاقة بالمريض

1. المريض: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

بتوقيعي أدناه، أنا أشهد على صحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أيّ مرفقات.

توقيع الطرف المسؤول: x_____ التاريخ: _____

أعِد طلبك بعد استيفائه إلى: **Patients First Support Services – Cleveland Clinic**
6801 Brecksville Rd., RK2-3, Independence, OH 44131-9980