

ملخص المساعدة المالية

- **الظروف الاستثنائية.** إذا كنت تمر بضائقة شخصية أو مالية شديدة، فيمكنك التواصل معنا لتقييم طلب حصولك على المساعدة المالية.
- **الظروف الطبية الخاصة.** إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن أن يقدمه أحد 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 كنت حاملاً وكان تأمينك لا يقدم مزايا الأمومة، فتكونين مؤهلة للحصول على المساعدة المالية بموجب سياستنا، طالما أنك تستوفين معيار الدخل التي نطبقها، وأنك مقيمة في ولاية أوهايو أو في ولاية فلوريدا، في إحدى مقاطعات إنديان ريفر، أو مارتن، أو سانت لوسي، وأنك توافقين على التعاون معنا لتحديد أهليتك للحصول على مزايا الأمومة بموجب أحد البرامج الحكومية.

إن تتجاوز الرسوم المبالغ المفروضة عموماً. إذا تلقت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فإن يُطلب إليك تسديد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الضرورية طبياً الأخرى يزيد عن المبلغ الذي نطلبه في العادة إلى المرضى ممن لديهم تأمين تجاري أو تغطية بموجب أحد برنامجي 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 أي من مكاتبنا لمستشاري المرضى الماليين. إذا اتصلت بخدمات الدعم الأولي للمرضى (Patients First Support Services) على الرقم 866.621.6385 أو سألت أحد المستشارين الماليين للمرضى، فسندرس لك نسخة عن سياسية المساعدة المالية والملخص المكتوب بلغة سهلة، ونموذج الطلب مجاناً عبر البريد.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. بإمكانك التقدم بطلب في أي مرحلة من مراحل عملية تحديد المواعيد أو إصدار الفواتير من خلال استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن دخلك. إن أي طلب للمساعدة المالية سواء تم استيفؤه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسليمه أو إرساله بالبريد سيعاد توجيهه إلى فريق خدمات الدعم الأولي للمرضى للتقييم

والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية كارثية أو استثنائية أو خاصة، فمن الممكن أن يباشر أحد مؤيدي المرضى الماليين أو ممثل خدمات الدعم الأولي للمرضى التقدم بطلب بالنيابة عنك. إذا احتجت إلى أي مساعدة في التقدم بالطلب، فُرجى الاتصال بأحد مؤيدي المرضى الماليين الموجودين في مرافقنا أو الاتصال بخدمات الدعم الأولي للمرضى على الرقم 866.621.6385.

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، التي تُطبق سياساتها للمساعدة المالية.

المساعدة المالية المُقنمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإنا نقدم المساعدة المالية للطوارئ والرعاية الضرورية طبياً الأخرى كخصم من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرنا لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي

وكانت 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 سانت لوسي، وأن تطلب خدمات الطوارئ أو الرعاية الضرورية طبياً (لا تغطي مرافق جنوب شرق فلوريدا سوى خدمات رعاية الطوارئ). ستخضع طلبات جميع مقدمي الخدمات للاستفادة من تغطية برنامج Medicare للخصم، 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 مجدية أو على تخفيض وفقاً لمعيار الدخل التالية:

- إذا كان دخل أسرنا السنوي لغاية 250% من FPG، فستتلقى رعاية مجانية،
- إذا كان دخل أسرنا السنوي يتراوح ما بين 251% و400% من FPG، فستتلقى رعاية مُخفضة حتى قيمة المبلغ الذي نطلبه من المرضى المؤمن عليهم عموماً مقابل هذه الخدمات.

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

طرق إضافية للتأهل. إذا لم تستوف معيار 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 المترتبة عن جولة رعاية يتجاوز نسبة 15% من دخل عائلتك السنوي، فسندرس طلبك للحصول على المساعدة المالية.

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص، باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والتركية، والكوريول. 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 Özeti'nin 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.

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص، باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والكوريول

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 _____

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

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

عنوان البريد الإلكتروني: _____

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

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.

يرجى 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 كلاً من المريض، وأي من أبوي المريض الطبيعيين أو بالتبني أو كلاهما، وأبناء أي من الأبوين أو كلاهما 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. _____

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

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____