

## ملخص المساعدة المالية

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهيو (HCAP). يصفنا أحد المشاركون في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى (HCAP)، نقدم لك الخدمات الضرورية طبياً في مستشفياتنا مجاناً إذا كنت مقيداً في ولاية أوهيو، وإذا (1) كنت من المؤهلين حالي وفقاً لبرنامج المساعدة العامة أو برامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك عند 100% أو أقل من مبادئ FPG.

فيما يلي ملخص للمساعدة المالية المتاحة في Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital

المساعدة المالية المقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية للرعاية الضرورية طبياً كضخم من مصاريفها الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف مبادئ FPG وكانت تقيم في أوهيو. ستضمن طلبات جميع المتقدمين بالطلبات المستحقين لخطبة برنامج Medicare للشخص، ويجب عليهم التعاون مع ممثلي برنامج Medicare للنظر في صولهم على المساعدة المالية. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بمحض سياستنا، فستحصل على مساعدة مجانية أو مُخصصة وفقاً لمعايير الدخل التالية:

- إذا كان دخل أسرتك السنوي يصل إلى 250% من مبادئ FPG، فستتلقى رعاية مجانية،

وإذا كان دخل أسرتك السنوي يتراوح ما بين 251% و400% من مبادئ FPG، فستتلقى رعاية مُخصصة حتى قيمة الدخل الذي تطلب منه المرضى المؤمن عليهم عموماً مقابل هذه الخدمات.

حتى إذا كنت تملك تغطية تأمينية، فطالما أنك تستوفي معايير الدخل التي تطبقها، ستكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية إذا كان: تأمينك لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبياً التي تتطلبها، أو إذا كنت قد استوفيت الحد الأقصى من مزايا التأمين على مدار فترة حياتك.

طرق إضافية للتأهل. إذا لم تستوف معايير الدخل الواردة أعلاه، فيغض النظر عن حالتك التأمينية أو الولاية التي تقيم فيها، سنقدم كل واحد من طلباتك للحصول على المساعدة المالية لكل حالة على حدة وفقاً للظروف التالية:

- 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 توفيره إلا من خلال الطاقم الطبي في مستشفى CCRH، أو أنك مستفيد من الخدمات الطبية المستمرة المقدمة من مستشفى CCRH لمواصلة الرعاية، فيتم النظر في ذلك حسب ظروف كل حالة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ المفروضة عموماً. إذا تألفت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن يطلب منك تسديد مقابل الرعاية الضرورية طبياً بأكثر من المبلغ الذي نطلبه في العادة من المرضى الذين لديهم تعطية بموجب برنامج Medicare.

كيفية الحصول على نسخ من سياستنا وطلب التقديم. يمكنكم الحصول على نسخة عن سياستنا وعن نموذج طلب المساعدة المالية: (1) من موقع Cleveland Clinic على الرابط [www.ccf.org/financialassistance](http://www.ccf.org/financialassistance)، و(2) في مناطق دخول المستشفى. إذا اتصلت بـالمكتب المركزي لأعمالنا على 866.284.0235، فسوف نرسل لك بالبريد نسخة من سياسة المساعدة المالية والملخص المكتوب بلغة بسيطة ونموذج الطلب بدون مقابل.

كيفية التقديم والحصول على المساعدة. يمكنك التقديم في أي مرحلة من مراحل عملية تسجيل الدخول أو إعداد المقوّات عن طريق استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن الدخل. أي طلب مساعدة مالية سواء تم استيفاؤه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسلمه أو إرساله بالبريد سيتم إعادة توجيهه إلى فريق المكتب المركزي للأعمال للتقييم والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروف خاصة أو استثنائية، يمكن أن يقدم أحد الممثليين طلبًا لك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في تقديم الطلب، يرجى الاتصال بقسم الدخول الموجود في مرفقنا أو اتصل بـالمكتب للأعمال المركزي على الرقم 866.284.0235.

.Copies of our Financial Assistance Policy, Application Form, and this Summary are available in English, Arabic and Spanish

.Las copias de nuestra Polftica de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen estan disponibles en españa

توفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص، باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية.



## نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض

أكتب اسمك كاملاً وعنوان سكنك في وقت الحصول على الخدمة الطبية وغيرها من المعلومات المحددة في القسم بحروف واضحة.

تاريخ/تارikh الخدمة

رقم الحساب

الأول

الآخر

الحروف الأولى من اسم الأب

العنوان:

المقاطعة:

المدينة:

الرقم والشارع

الحالة الاجتماعية:  عزب  متزوج  مطلق رقم تارikh الميلاد: / / الرمز البريدي:

الهاتف الأساسي: ( ) \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني:

التأمين الصحي وقت تاريخ الخدمة:

غير ذلك  Medicaid  Medicare  لا يوجد تأمين

القسم الثاني: دخل الأسرة

أدخل بيانات دخلك ودخل الزوج/زوجة وجميع أفراد الأسرة الآخرين (إذا كان ينطبق).

مصدر الدخل	إجمالي 3 شهور قبل الخدمة	إجمالي 12 شهراً قبل الخدمة
الأجر/العمل الحر	\$ _____	\$ _____
الضمان الاجتماعي	\$ _____	\$ _____
معيش التقاعد، ومحصل الأرباح، والفوائد، والدخل من الإيجار	\$ _____	\$ _____
البطالة وتغيب العمل	\$ _____	\$ _____
مساعدات الأطفال (فقط إذا كان المريض هو المُتلقّى المقصود)	\$ _____	\$ _____
غير ذلك	\$ _____	\$ _____

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

قائمة بجميع أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك وتاريخ 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 سن الثامنة عشرة (الطبيعين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون سن الثامنة عشرة، فسيشمل تعريف الأسرة كلاً من المريض، وأيٌ من أبويه أو بالتبني أو كلاهما، وإناء أيٍ من الآبوين أو كلاهما الذين هم دون سن الثامنة عشرة (الطبيعين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

- |                 |               |                                 |
|-----------------|---------------|---------------------------------|
| العلاقة بالمريض | تاريخ الميلاد | أسماء أفراد الأسرة بينهم المريض |
| 1. المريض:      | _____         | _____                           |
| 2.              | _____         | _____                           |
| 3.              | _____         | _____                           |
| 4.              | _____         | _____                           |
| 5.              | _____         | _____                           |

بتوقيعي أدناه، أنا أشهد على صحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أيٍ مرافق.

التاريخ: \_\_\_\_\_ توقيع الطرف المسؤول: X