

Programa de Seguro Médico Hospitalario de Ohio (HCAP).

Como participante del Programa HCAP, le ofrecemos atención de urgencia y otros servicios hospitalarios necesarios de forma gratuita si usted reside en Ohio y (1) reúne actualmente los requisitos para beneficiarse de los Programas de Ayuda General o de Ayuda para Discapacitados o (2) si sus ingresos son iguales o inferiores al 100% de los Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés).

Nuestra Política general de ayuda financiera. Además del Programa HCAP, la Política de ayuda financiera brinda apoyo económico para atención de urgencia y para otros servicios médicos necesarios con diferentes tasas de descuento respecto a nuestros precios normales si usted reside en el estado donde va a recibir atención médica (Ohio, Florida o Nevada), no posee seguro médico, y los ingresos de su familia no sobrepasan el cuádruple de los FPG. Si reside en Florida, debe vivir en los condados de Broward o Palm Beach para poder beneficiarse de esta ayuda. Si reside en Nevada, debe vivir dentro de un radio de 150 millas de la institución donde va a ser atendido. Se evaluará a todos los solicitantes para concederles cobertura de Medicaid y deberán cooperar con los representantes de Medicaid para poder recibir los cuidados médicos respaldados por esta política de ayuda financiera. Si usted reúne los requisitos para beneficiarse de la ayuda financiera contemplada en la Política, recibirá atención gratuita o con descuento de acuerdo con las siguientes tasas variables:

Ingreso familiar anual	Monto del descuento
Menos del 250% de los FPG	100%
251 a 300% de los FPG	75%
301 a 350% de los FPG	50%
351 a 400% de los FPG	35%

Circunstancias médicas excepcionales. Aun en caso de que sus ingresos familiares sobrepasen el 400% de los FPG, si usted proporciona información que demuestre la existencia de circunstancias médicas excepcionales (por ejemplo, enfermedad terminal, medicamentos y/o cuentas médicas excesivas, etc.), su caso será considerado de forma individual para proporcionarle ayuda si el 100% del costo de su atención médica sobrepasa el 25% de los ingresos anuales de su familia.

Otras ayudas. Si está embarazada y su seguro no incluye beneficios de maternidad, podría beneficiarse de la ayuda contemplada en la Política, siempre y cuando cumpla con los requisitos de ingresos contemplados en la misma, y acepte cooperar con nosotros para determinar si usted reúne los requisitos necesarios para recibir beneficios de maternidad de un programa gubernamental. Si su seguro no cubre su atención, si ha agotado sus beneficios máximos de seguro para toda la vida, o si sufre de una enfermedad preexistente no cubierta por su seguro, y cumple con los criterios de ingresos, califica para beneficiarse de la ayuda contemplada en la Política. Si usted es donante de órganos, se le considerará en la Solicitud de ayuda financiera del receptor de órganos.

Los costos no excederán las cantidades que normalmente se facturan a Medicare.

Si se le concede una asignación de ayuda financiera como parte de la Política, y esta asignación no cubre el 100% de los costos de atención, no se le cobrará más por atención de urgencia ni por otros cuidados médicos necesarios que la cantidad que normalmente le cobramos a los pacientes que tienen seguro de Medicare.

Cómo obtener una copia de la Política de ayuda financiera

Puede obtener copias de la Política y del Formulario de ayuda financiera: (i) en el sitio de Internet de la Clínica de Cleveland, www.ccf.org/financialassistance, y (ii) en los paquetes de ingreso al hospital, en los departamentos de urgencia, o en cualquiera de las oficinas de los asesores financieros o cajeros. Además, si suministra su dirección postal a un asesor financiero o a un representante de atención al cliente, le enviaremos gratuitamente una copia de la Política y del Formulario de solicitud de ayuda financiera.

Cómo obtener información y ayuda sobre la Política de ayuda financiera

Para obtener información sobre la Política y el Formulario de solicitud de ayuda financiera, póngase en contacto con los asesores financieros en cualquiera de nuestras sedes, o con Atención al Cliente llamando al 866.621.6385, o con cualquiera de nuestros representantes de Medicaid.

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

Nuestra Política de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en español.

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب وهذا الملخص باللغة العربية.

1ª SECCIÓN: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo, la dirección donde residía en el momento de recibir atención médica, y el resto de la información que se indica en esta sección.

Institución: Cleveland Clinic Main Campus o Family Health Center Cleveland Clinic Florida Lou Ruvo
 Euclid Fairview Hillcrest Lakewood Lutheran Marymount Medina South Pointe

Número de cuenta _____ Fecha(s) de atención _____

Nombre: _____

APELLIDOS

NOMBRE(S)

Dirección: _____ Ciudad _____ Condado: _____

NÚMERO Y CALLE

Estado donde reside: _____ Código postal: _____ Número de Seguridad Social: ____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Teléfono particular: (____) _____ Otro número de teléfono: (____) _____

¿Reside usted legalmente en Estados Unidos? Sí No

¿Poseía usted seguro médico (otro que no sea Medicaid) en el momento en que recibió atención médica? En caso afirmativo, incluya la información relacionada con ese seguro y una copia de su tarjeta de seguro. Sí No

Nombre del seguro: _____ Seguro válido a partir de: ____ / ____ / ____

Nombre del titular: _____ ID del titular: _____ Número del grupo: _____

2ª SECCIÓN: INGRESOS FAMILIARES

Incluya los ingresos percibidos por usted, su cónyuge y todos los demás miembros de su familia (si corresponde).

Fuente de ingresos mensuales	Ingreso bruto mensual actual (Paciente)	Ingreso bruto mensual actual (Cónyuge/Otros)	Ingreso familiar total en los 3 meses anteriores a la fecha de atención	Tipo de documento para verificación de ingresos que se adjunta: para procesar su solicitud se piden pruebas de sus ingresos
Salarios/Trabajo independiente, manutención y pensión alimentaria para menores	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Copia de los recibos de salario más recientes o cartas de asignación de ingresos (de los tres meses anteriores.)
Seguridad Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Carta de asignación de Seguridad Social
Pensión, Dividendos, Intereses, Ingresos por renta	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Carta de beneficios de pensión, Declaración de dividendos/intereses
Compensación por accidente de trabajo, desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Carta de subsidio por desempleo, Carta de subsidio de compensación por accidente de trabajo

Si declara un ingreso de \$0, explique brevemente cómo usted (o el paciente) satisfacen sus necesidades básicas de vida:

3ª SECCIÓN: INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Incluya una lista de todos los miembros de su hogar que aparecen en su declaración de impuestos federales más reciente, y sus fechas de nacimiento.

Introduzca la siguiente información sobre todos los miembros de su familia cercana que viven en su hogar. A los efectos del Programa HCAP, el término "familia" incluye al paciente, al cónyuge del paciente, y a todos los hijos del paciente (naturales o adoptivos) menores de 18 años que viven en el hogar del paciente. Si el paciente tiene menos de 18 años, la familia incluirá al paciente, al padre y/o madre natural(es) o adoptivo(a)(s) del paciente, y a los hijos de su padre y/o madre menores de 18 años (naturales o adoptivos) que vivan en el hogar del paciente.

Nombres de los miembros de la familia, incluido el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el paciente _____

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

Al firmar a continuación, certifico que toda la información que he declarado en esta solicitud y la que aparece en todos los documentos que adjunto es verdadera.

Firma de la parte responsable: x _____ Fecha: _____