

ملخص المساعدة المالية

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP) باعتبارك أحد المشاركين في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP)، فنحن نقدم لك خدمات طوارئ وخدمات أخرى ضرورية طبيًا على مستوى المستشفى مجانًا إذا كنت مقيمًا في ولاية أوهايو وإذا توفر لديك أحد الشرطين التاليين (1) إذا كنت من المؤهلين حاليًا لتلقي برنامج المساعدة العامة أو برنامج مساعدة الإعاقة أو (2) إذا كان دخلك عند 100% من مستوى خط الفقر الفيدرالي (FPG) أو دونه.

سياسة المساعدة المالية العامة لدينا.

بموجب سياسة المساعدة المالية لمرفقنا، نحن نقدم المساعدة المالية للرعاية الطارئة والرعاية الأخرى الضرورية طبيًا بخصم متفاوت حسب الدخل لرسومنا المعتادة إذا لم يكن لديك تأمين، أو إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي (FPG) وكنت تحقق واحدًا من شروط الإقامة التالية. في مرافق أوهايو، يجب أن تكون مقيمًا في أوهايو. في مرافق فلوريدا، يجب أن تكون مقيمًا في مقاطعة بروارد وأن تسعى للحصول على رعاية لخدمة يكون لدى Cleveland Clinic Florida شهادة حاجة بها. في مرافق نيفادا، يجب أن تكون مقيمًا في حدود نصف قطر قدره 150 ميلاً من المرفق المعني الذي تسعى للحصول على رعاية منه. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستتلقى مساعدة مجانية أو مساعدة أخرى بخصم طبقاً للخصومات التالية المتفاوتة حسب الدخل:

الدخل السنوي للأسرة	مبلغ الخصم
أقل من 250% من خط الفقر الفيدرالي (FPG)	100%
من 251 إلى 300% من خط الفقر الفيدرالي (FPG)	75%
من 301 إلى 350% من خط الفقر الفيدرالي (FPG)	50%
من 351 إلى 400% من خط الفقر الفيدرالي (FPG)	35%

الظروف الطبية الاستثنائية. حتى إذا كان دخل أسرتك يتجاوز 400% من خط الفقر الفيدرالي (FPG)، فإذا قدمت معلومات لدعم ظروف طبية استثنائية (على سبيل المثال، مرض الوفاة الأخير و/أو أدوية و/أو فواتير طبية كثيرة، إلخ)، فسيُنظر بحسب كل حالة في إمكانية حصولها على مساعدة بغض النظر عن حالة التأمين الخاصة بك إذا كان 100% من الرسوم المنفقة لرعايتك أكثر من 25% من دخل أسرتك السنوي.

مساعدة أخرى. إذا كان تأمينك لا يقدم تغطية لخدماتك أو إذا كنت قد استنفدت أقصى مزايا التأمين في حياتك أو إذا كنت تعاني من مرض أساسي لا يغطيه تأمينك وإذا كنت تحقق معايير الدخل، فأنت مؤهل لتلقي المساعدة بموجب سياستنا. إذا كنت مقيمًا في ولاية أوهايو وكنت حاملاً ولا يقدم تأمينك مزايا ولادة، فقد تكونين مؤهلة لتلقي المساعدة بموجب سياستنا، شريطة أن تحقق شروط الدخل الخاصة بسياستنا وأن توافق على التعاون معنا لتحديد ما إذا كنت مؤهلة لتلقي مزايا الولادة بموجب أي برنامج حكومي. إذا كنت متبرعاً بأحد أعضاء جسمك، فسيُنظر إلى حالتك بموجب طلب المساعدة المالية الخاص بمتلقي العضو المعني.

الرسوم لن تتجاوز المبالغ التي تُطلب في العادة من Medicare

إذا تلقيت منحة بمساعدة مالية بموجب سياستنا ولم تكن منحتك تغطي 100% من رسومنا للخدمة المعنية، فلن يُطلب منك تسديد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الأخرى الضرورية طبيًا بأكثر من المبلغ الذي نطلبه في العادة من المرضى ممن لديهم تأمين بموجب برنامج Medicare.

كيفية الحصول على نسخ من سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا

يجوز لك الحصول على نسخة من سياستنا ونموذج طلب المساعدة المالية: (أ) من موقع كليفلاند كلينك الإلكتروني وعنوانه www.ccf.org/financialassistance و (ب) في عبوة الحجز في المرفق لدينا أو في أقسام الطوارئ لدينا أو في أي من مكاتب مستشارينا الماليين أو مسؤولي الصرف لدينا. بالإضافة إلى ذلك، إذا قدمت عنوان البريد الخاص بك إلى مستشار مالي أو ممثل خدمة عملاء، فسنرسل إليك عبر البريد نسخة من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب مجانًا.

كيفية الحصول على معلومات ومساعدة بخصوص سياسة المساعدة المالية الخاصة بنا

للحصول على معلومات بخصوص سياسة المساعدة المالية ونموذج طلب المساعدة المالية لدينا، فيرجى الاتصال بمستشارينا الماليين الموجودين في أي من مواقعنا أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 866.621.6385 أو بأي من ممثلي برنامج مديكيد التابعين لنا.

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

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

Las copias de nuestra política de asistencia financiera, el formulario de solicitud y el presente resumen están disponibles en inglés, árabe y español.

SECTION ONE: PATIENT INFORMATION

القسم الأول: معلومات المريض

Print your full name, your address at the time you received medical service and other information noted in this section.
اكتب اسمك كاملاً وعنوانك في وقت الحصول على الخدمة الطبية وغيرها من المعلومات المحددة بهذا القسم بخط واضح.

المرفق الطبي: ☐ Lou Ruvo ☐ Cleveland Clinic Florida ☐ المقر الرئيسي لكليفلاند كلينيك أو مركز صحة الأسرةSouth Pointe ☐ Medina ☐ Marymount ☐ Lutheran ☐ Lakewood ☐ Hillcrest ☐ Fairview ☐ Euclid ☐

رقم الحساب تاريخ (تواريخ) الخدمة

الاسم: اسم العائلة الاسم الأول الحرف الأول من الاسم الأوسط

العنوان: المدينة المقاطعة: الرقم والشارع

الولاية محل الإقامة: الرمز البريدي: رقم الضمان الاجتماعي: تاريخ الميلاد: / /

الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق رقم هاتف المنزل: () رقم هاتف آخر: ()هل أنت مقيم شرعي في الولايات المتحدة؟ ☐ نعم ☐ لاهل كان لديك تأمين صحي (باستثناء ميديكيد) في وقت حصولك على الخدمة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم معلومات التأمين ونسخة من بطاقتك التأمينية. ☐ نعم ☐ لا

اسم التأمين: تاريخ سريان التأمين: / /

اسم المشترك: هوية المشترك: رقم المجموعة:

SECTION TWO: FAMILY INCOME

القسم الثاني: دخل الأسرة

Provide income for yourself, your spouse and all other family members (if applicable.)
أدخل بيانات دخلك ودخل الزوجة وجميع أفراد الأسرة الآخرين (إن وجد).

مصدر الدخل الشهري	الدخل الشهري الإجمالي الحالي للمريض	الدخل الشهري الإجمالي الحالي للزوجة/الآخرين	إجمالي دخل الأسرة في الشهر الثلاث السابقة لتاريخ الخدمة	نوع وثيقة التحقق من الدخل المرفقة - مطلوب وثيقة تحقق من الدخل للنظر في طلبك
الأجر/العمل الحر وإعالة الأطفال والنفقة	\$	\$	\$	نسخة من أحدث إيصالات شيكات الراتب أو خطابات منح الدخل (للسهول الثلاثة الماضية).
الضمان الاجتماعي	\$	\$	\$	خطاب منح الضمان الاجتماعي
معاش التقاعد، حصص الأرباح، الفوائد، الدخل من الإيجار	\$	\$	\$	خطاب إعانة معاش التقاعد، بيان حصص الأرباح/الفوائد
البطالة وتعويض العمال	\$	\$	\$	خطاب إعانة البطالة، خطاب إعانة تعويض العمالة

إذا ذكرت أن دخلك يعادل صفر (0) دولار أمريكي، يرجى تقديم شرح مختصر يوضح كيف يمكنك أنت (أو المريض) تلبية احتياجات الحياة الأساسية:

SECTION THREE: FAMILY INFORMATION

القسم الثالث: معلومات عن الأسرة

List all family members in your household named on the most recent federal income tax return, and their date of birth.
اكتب جميع الأفراد في أسرتك المسجلين في أحدث إقرار ضريبي فيدرالي عن الدخل واذكر كذلك تواريخ ميلادهم.

يرجى تقديم المعلومات التالية لجميع الأفراد في أسرتك المباشرة الذين يعيشون في منزلك. في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى، يشير مصطلح الأسرة إلى المريض وزوجة المريض وجميع أبناء المريض دون 18 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون 18 عامًا، سيُشمل تعريف الأسرة كلاً من المريض وأبوي المريض الطبيعيين أو بالتبني وأطفال الآباء دون 18 عامًا (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

أسماء أفراد الأسرة بمن فيهم المريض	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

بتوقيعي أدناه، أقر بصحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات.

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____