आर्थिक सहायताको सारांश

ओहायो अस्पताल स्याहार आश्वासन कार्यक्रम (Hospital Care Assurance Program, HCAP). HCAP कार्यक्रममा सहभागीको रूपमा यदि तपाईं ओहायोको निवासी हुनुहुन्छ र (1) तपाईं हाल सामान्य सहायता वा अपाङ्गता सहायता कार्यक्रमहरूका लागि योग्य प्रापक हुनुहुन्छ वा (2) तपाईंको आय संघीय गरिबी निर्देशिका (Federal Poverty Guidelines, FPG) को 100% मा छ वा सोभन्दा कम छ भने हामी हाम्रो अस्पतालहरूमा नि:शुल्क आकस्मिक र चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक अन्य सेवाहरू प्रदान गर्छौं।

क्लिभल्याण्ड क्लिनिक पुनर्वास अस्पतालमा उपलब्ध आर्थिक सहायताको सारांश निम्न छ।

आर्थिक सहायता प्रदान गरिन. यदि तपाईंसँग बीमा छैन भने, यदि तपाईंको पारिवारिक आम्दानी FPG भन्दा चार गुणा बढी छैन र तपाईं ओहायोको बासिन्दा हुनुहुन्छ भने, हामीले हाम्रो सामान्य शुल्कबाट छुटको रूपमा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक हेरचाहको लागि आर्थिक सहायता प्रदान गर्दछौं। सबै आवेदकहरूलाई Medicaid कभरेजको लागि परीक्षण गरिनेछ र आर्थिक सहायताको लागि विचार गरिनको लागि Medicaid प्रतिनिधिहरूसँग अनिवार्य रूपमा मिलेर काम गर्नुपर्छ। यदि तपाईं हाम्रो नीति अन्तर्गत आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ भने तपाईंले निम्न आयसम्बन्धी मापदण्डहरू अनुसार नि:शुल्क वा छुट गरिएको सहायता प्राप्त गर्नुहुनेछ:

- यदि तपाईंको परिवारको वार्षिक आय FPG को 250% सम्म छ भने तपाईंले नि:शुल्क स्याहार प्राप्त गर्नुहुनेछ,
- यदि तपाईंको परिवारको वार्षिक आय FPG को 251% र 400% को बीचमा छ भने तपाईंले हामीले सामान्यतया उक्त सेवाहरूको लागि बीमाकृत बिरामीहरूलाई बिल लगाउने रकममा छुट गरिएको स्याहार प्राप्त गर्नुहुनेछ।

तपाईंसँग बीमा भएतापनि तपाईंले हाम्रो आयसम्बन्धी मापदण्ड हरूलाई पूरा गर्दासम्म तपाईं निम्न अवस्थामा आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुनुहुनेछ: तपाईंको बीमाले तपाईंले खोजिरहनुभएको चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरूका लागि कभरेज उपलब्ध गराउँदैन वा तपाईंले आफ्नो जीवनकालका अधिकतम बीमा लाभहरूलाई पूर्ण रूपमा प्रयोग गरिसक्नुभएको छ ।

योग्य ठहरिने अतिरिक्त तरिकाहर. तपाईंको बीमाको स्थिति वा निवास गर्ने राज्य जुनसुकै भए पनि यदि तपाईंले माथिका आयसम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा गर्नुहुन्न भने तपाईंलाई निम्न **परिस्थितिहरू अन्तर्गत आर्थिक सहायताका लागि** मामिलाअनुसार फरक-फरक विचार गरिने छ:

- *अपवादात्मक परिस्थितिहर*. यदि तपाईंलाई अत्यधिक व्यक्तिगत वा आर्थिक कठिनाइ परेको छ भने आर्थिक सहायताको लागि विचान गरिनका निम्ति तपाईंले हामीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।
- *विशेष चिकित्सकीय परिस्थितिहर*. यदि तपाईंले CCRH का चिकित्साकर्मीद्वारा मात्र उपलब्ध गराउन सकिने उपचार खोजिरहनुभएको छ वा तपाईंलाई स्याहारको निरन्तरताको लागि CCRH का निरन्तर चिकित्सकीय सेवाहरूबाट लाभ हुन्छ भने तपाईंलाई उक्त विशेष उपचारको आर्थिक सहायताको लागि मामिला अनुसार फरक-फरक विचार गरिनेछ।

शुल्कहरू सामान्यतया बिल लगाइने रकमहरूभन्दा बढी हुने छैनन. यदि तपाईंले हाम्रो नीति अन्तर्गत आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ भने तपाईंलाई हामीले आकस्मिक वा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक अन्य स्याहारको लागि व्यवसायिक बीमा, Medicare कभरेज भएका बिरामीहरूलाई सामान्यतया बिल लगाइने रकमभन्दा बढी शुल्क लगाइने छैन।

हाम्रो नीति र आवेदनका प्रतिहरू कसरी प्राप्त गर्न. तपाईंले हाम्रो नीति र आर्थिक सहायता आवेदन फारामको प्रति: (1) Cleveland Clinic को वेबसाइट www.ccf.org/financialassistance मा र (2) हाम्रा भर्ना क्षेत्रमा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले हाम्रो केन्द्रिय व्यवसाय कार्यालयलाई 866.284.0235 मा फोन गरेमा हामीले तपाईंलाई हाम्रो आर्थिक सहायता नीति, सामान्य भाषा सारांश र आवेदन फारामको प्रति हुलाकमार्फत नि:शुल्क पठाउने छौं।

सहायताको लागि कसरी आवेदन दिने र प्राप्त गर्न. तपाईंले भर्ना वा बिलिङ प्रक्रियाको कुनै पनि स्थानमा आवेदन भरी पेश गरेर र आय जानकारी प्रदान गरेर आवेदन दिन सक्नुहुन्छ। कुनै पनि वित्तीय सहायता आवेदन पूरा भए तापनि व्यक्तिगत रूपमा, अनलाइन, डेलिभर वा मेल इन, मूल्याङ्कन र प्रक्रियाका लागि केन्द्रीय व्यापार कार्यालय टोलीलाई पठाइने छ। यदि तपाईंलाई असाधारण वा विशेष चिकित्सा परिस्थिति हुन सक्छ भन्ने लाग्छ भने, प्रतिनिधिले तपाईंका लागि आवेदन सुरु गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंलाई आवेदन दिन कुनै मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया हाम्रो सुविधामा अवस्थित हाम्रो भर्ना विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस् वा हाम्रो केन्द्रीय व्यापार कार्यालय 866.284.0235 मा कल गर्नुहोस्।

हाम्रा आर्थिक सहायता नीति, आवेदन फाराम र यो सारांशका प्रतिहरू अङ्ग्रेजी, अरबी, स्पेनी भाषामा उपलब्ध छन्।

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

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

आफ्नो भरिएको आवेदनलाई निम्नमा फिर्ता गर्नुहोस्: **क्लिभल्याण्ड क्लिनिक पुनर्वास CBO**
PO बक्स 932923, Cleveland, OH 44193-0026 (866) 284-0235

Cleveland Clinic
Rehabilitation Hospital
In affiliation with Select Medical

आर्थिक सहायताको आवेदन फाराम

खण्ड एक: बिरामीसम्बन्धी जानकारी

आफ्नो पूरा नाम, तपाईंले चिकित्सकीय सेवा प्राप्त गरेको समयमा तपाईंको ठेगाना र यस खण्डमा टिपोट गरिएका अन्य जानकारीलाई स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस् ।

खाता नम्बर____________________ सेवाको मिति(हरू) ____________________

बिरामीको नाम: ____
अन्तिम पहिलो मध्य प्रारम्भिक

ठेगाना: ____________________ सहर:______________ काउन्टी: ______________
नम्बर र स्ट्रिट

निवास गर्ने राज्य:______________ जीप कोड:______________ जन्म मिती:___/_____/_____ वैवाहिक स्थिति: ☐ एकल ☐ विवाहित ☐ सम्बन्धविच्छेद

भएको प्राथमिक फोन नम्बर: (__________)____________________ ☐ घर ☐ मोबाइल ☐ काम ☐ अन्य ______________

इमेल ठेगाना: ____

सेवाको मितिको समयमा स्वास्थ्य बीमा: ☐ कुनै बीमा छैन ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ अन्य ______________

खण्ड दुई: परिवारको आय

आफ्नो स्वयम्, आफ्नो पति/पत्नी र परिवारका अन्य सबै सदस्यहरूको आय उपलब्ध गराउनुहोस् (यदि लागू हुने भएमा) ।

आय स्रोत	सेवा गर्नु अघि 3 महिनाको लागि कुल	सेवा गर्नु अघि 12 महिनाको लागि कुल
ज्यालाहरू/स्वरोजगार	$	$
सामाजिक सुरक्षा	$	$
पेन्शन, लाभांश, ब्याज, भाडाबाट हुने आय	$	$
बेरोजगारी, कामदारहरूको क्षतिपूर्ति	$	$
बच्चाको भरणपोषण खर्च (यदि बिरामी इच्छित प्रापक भए मात्र)	$	$
अन्य	$	$

खण्ड तीन: परिवारसम्बन्धी जानकारी र आय

आफ्नो परिवारका सबै सदस्यहरू र उनीहरूको जन्म मिति सूचीबद्ध गर्नुहोस् ।

कृपया तपाईंको घरमा बसोबास गर्ने तपाईंको परिवारमा रहनुभएका सबै मानिसका लागि निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। HCAP का प्रयोजनहरूका लागि, परिवारलाई बिरामी, बिरामीको पति/पत्नी र बिरामीको घरमा बसोबास गर्ने बिरामीका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बच्चाहरू (प्राकृतिक वा धर्मसन्तान) को रूपमा परिभाषित गरिएको छ। यदि बिरामी 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको भएमा परिवारमा बिरामी, बिरामीको प्राकृतिक वा धर्मसन्तान राख्ने आमा-बुवा र बिरामीकै घरमा बसोबास गर्ने आमा-बुवाका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका बच्चाहरू (प्राकृतिक वा धर्मसन्तान) लाई समाविष्ट गरिनुपर्नेछ।

बिरामी सहित परिवारका सदस्यहरूको नाम | जन्म मिति | बिरामीसँगको नाता

1. बिरामी: ____
2. ____
3. ____
4. ____
5. ____

तल हस्ताक्षर गरेर म यो प्रमाणित गर्छु कि यो आवेदनमा र अन्य कुनै पनि संलग्न कागजातहरूमा मैले उल्लेख गरेका सबै कुरा सत्य छन्.

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर: x____________________________ मिति: ______________

आफ्नो भरिएको आवेदनलाई निम्नमा फिर्ता गर्नुहोस्: **क्लिभल्याण्ड क्लिनिक पुनर्वास CBO**
PO बक्स 932923, Cleveland, OH 44193-0026 (866) 284-0235