

Программа обеспечения больничного лечения штата Огайо (Hospital Care Assurance Program, HCAP). В связи с тем, что вы являетесь участником программы HCAP, мы предоставляем вам необходимые с точки зрения медицины услуги в наших лечебных учреждениях бесплатно, при условии что вы проживаете в штате Огайо и (1) в настоящий момент вы являетесь клиентом Программы общего содействия или содействия нетрудоспособным, отвечающим необходимым требованиям, или (2) Ваш доход не превышает 100% федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Ниже представлен краткий обзор информации о финансовой помощи, предоставляемой в реабилитационной клинике Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital.

Предлагаемая финансовая помощь. Если у вас нет страховки, мы предоставим финансовую помощь для покрытия обоснованной с медицинской точки зрения помощи за меньшую плату в сравнении с нашими стандартными расценками, если доход вашей семьи не выше четырехкратного значения FPG, и вы проживаете в штате Огайо. Право на финансовую помощь получают соискатели, которые пройдут проверку на предмет покрытия медицинской страховки и окажут необходимое содействие представителям службы Medicaid. Если выяснится, что вы имеете право на финансовую помощь в соответствии с нашей Политикой, вы получите помощь бесплатно или по сниженным ценам, в соответствии с изложенными ниже требованиями к величине дохода:

- если ваш годовой семейный доход не выше 250% от FPG, вас обслужат бесплатно,
- если ваш годовой семейный доход находится в интервале от 251% до 400% FPG, вас обслужат со скидкой от нашей обычно выставяемой суммы за такие услуги для застрахованных пациентов.

Даже если у вас есть страховка, вы будете иметь право на получение помощи, если удовлетворяете критериям к доходу, в таких случаях: ваша страховка не покрывает необходимые с медицинской точки зрения услуги, за которыми вы обращаетесь, или вы исчерпали максимальное количество гарантийных льгот для срока вашей жизни.

Дополнительные пути соответствия требованиям. Если вы не удовлетворяете изложенным выше критериям, независимо от наличия или отсутствия у вас страховки или от штата, в котором вы проживаете, ваш случай будет рассматриваться в индивидуальном порядке в контексте следующих аспектов:

- **Исключительные обстоятельства.** Если вы столкнулись с крайне сложными обстоятельствами личного или финансового характера, вы можете обратиться к нам для получения финансовой помощи, и мы рассмотрим ваш случай.

Копии документа относительно политики в области оказания финансовой помощи, форма заявки на получение финансовой помощи и краткое ее описание доступны на английском, арабском и испанском языках.

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

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

- **Особые медицинские обстоятельства.** Если вы обращаетесь за помощью, которую может оказать только медицинский персонал CCRH, или прогноз для вашего здоровья будет наиболее благоприятным в случае непрерывного обслуживания со стороны CCRH, мы рассмотрим ваш случай в индивидуальном порядке на предмет предоставления финансовой помощи в связи с таким отдельным видом лечения.

Выставляемые счета не будут превышать общие суммы, выставяемые обычным пациентам. Если вы получаете финансовую помощь в соответствии с нашей Политикой, вы не понесете дополнительных расходов за помощь, необходимую с медицинской точки зрения, свыше той суммы, которую мы обычно выставяем участникам программы Medicare.

Как получить копии документа относительно нашей политики и копию заявки. Вы можете получить копию нашей Политики и бланк заявки на получение финансовой помощи: (1) на веб-сайте Cleveland Clinic www.ccf.org/financialassistance, и (2) в наших приемных отделениях. Если Вы позвоните в наш Центральный офис по телефону 866-284-0235, мы бесплатно пришлем вам по почте вашу копию нашей Политики оказания финансовой помощи, резюме в доступной форме и бланк заявки.

Как подать заявку на получение помощи и получить помощь. Вы можете подать заявку в любой момент в ходе процесса поступления в больницу или выставления счета. Для этого передайте нам заполненный бланк заявки и предоставьте необходимую информацию о доходе. Любая заявка на получение финансовой помощи, независимо от того, заполнена ли она от руки, онлайн, доставлена или прислана по почте, будет передана сотрудникам Центрального офиса для анализа и обработки. Если Вы считаете, что у Вас могут быть исключительные или особые медицинские обстоятельства, представитель может инициировать подачу заявки для Вас. Если Вам нужна помощь в подаче заявки, обратитесь в наше приемное отделение в соответствующем нашем учреждении или позвоните в наш Центральный офис по телефону 866-284-0235.

In affiliation with Select Medical

РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ: ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Укажите вашу фамилию, имя, домашний адрес на момент получения медицинских услуг, а также другую информацию, указанную в

Номер счета _____ Дата (даты) начала обслуживания _____

Ф. И. О. пациента: _____
 ФАМИЛИЯ ИМЯ ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ

Адрес: _____ Город: _____ Округ: _____
 УЛИЦА И НОМЕР

Штат проживания: _____ Почтовый индекс: _____ Дата рождения: __/__/____ Семейное положение: Холост (не замужем) Женат (замужем) В разводе

Основной номер телефона: (_____) _____ Домашний Мобильный Рабочий Другой _____

Адрес электронной почты: _____

Медицинская страховка на момент получения услуг: Отсутствие страховки Medicare Medicaid Другое _____

РАЗДЕЛ ВТОРОЙ: СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД

Укажите ваш доход, доход супруги/супруга и других членов семьи (при необходимости).

Источник дохода	Итого за 3 месяца до начала обслуживания	Итого за 12 месяцев до начала обслуживания
Заработная плата / предпринимательская деятельность	\$ _____	\$ _____
Социальное обеспечение	\$ _____	\$ _____
Пенсия, дивиденды, проценты, прибыль с аренды	\$ _____	\$ _____
Безработный, трудовая компенсация	\$ _____	\$ _____
Уход за ребенком (только если пациент является целевым получателем)	\$ _____	\$ _____
Прочие	\$ _____	\$ _____

РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ: ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД

Перечислите всех членов вашей семьи и укажите их даты рождения.

Предоставьте эту информацию для всех прочих лиц, являющихся непосредственно членами вашей семьи, которые проживают в вашем доме. В контексте HCAP понятие «семья» включает пациента, супругу/супруга и всех детей пациента, не достигших 18 лет (кровных или приемных), которые проживают в доме пациента. Если пациент не достиг 18 лет, семья включает пациента, кровных или приемных родителей пациента и детей любого из родителей, не достигших 18 лет (кровных или приемных), которые проживают в доме пациента.

Имена членов семьи, включая пациента _____ Дата рождения _____ Степень родства с пациентом _____

1. Пациент: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Своей подписью ниже я заверяю, что все указанные мной сведения в этом бланке и любых приложениях к нему верны.

Подпись ответственной стороны: х _____ Дата: _____