

ملخص المساعدة المالية

• **الظروف الطبية الخاصة.** إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن توفيره إلا من خلال الطاقم الطبي في مستشفى كليفلاند كلينك لإعادة التأهيل أو أنك ستستفيد من الخدمات الطبية المستمرة المقدمة من مستشفى كليفلاند كلينك لإعادة التأهيل لمواصلة الرعاية، فسيتم النظر في حالتك حسب ظروف كل حالة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ التي تُطلب في العادة. إذا تلقيت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن يُطلب منك تسديد مقابل الرعاية الضرورية طبيًا بأكثر من المبلغ الذي نطلبه في العادة من المرضى الذين لديهم تغطية بموجب برنامج Medicare.

كيفية الحصول على نسخ من سياستنا وطلب التقدم. يجوز لك الحصول على نسخة من سياستنا ونموذج طلب المساعدة المالية: (1) من الموقع الإلكتروني لكليفلاند كلينك على www.ccf.org/financialassistance و (2) من منطقة تسجيل الدخول لدينا. إذا اتصلت بالمكتب المركزي لأعمالنا على 866.284.0235، فسوف نرسل لك بالبريد نسخة من سياسة المساعدة المالية والملخص بسيط اللغة ونموذج الطلب بدون مقابل.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. يمكنك التقدم في أي مرحلة من مراحل عملية تسجيل الدخول أو إعداد الفواتير عن طريق استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن الدخل. إن أي طلب للمساعدة المالية سواء تم استيفاءه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسليمه أو إرساله بالبريد سيتم إعادة توجيهه إلى فريق المكتب المركزي للأعمال للتقييم والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية خاصة أو استثنائية، يمكن أن يقدم أحد الممثلين طلبًا لك. إذا احتجت لأية مساعدة في تقديم الطلب، يُرجى الاتصال بأقسام تسجيل الدخول الموجودة في مرافقنا أو الاتصال بمكتبنا المركزي للأعمال على 866.284.0235.

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP) بصفتنا أحد المشاركين في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى (HCAP)، نقدم لك الخدمات الضرورية طبيًا في مستشفياتنا مجانًا إذا كنت مقيمًا في ولاية أوهايو وإذا (1) كنت من المؤهلين حاليًا وفقًا لبرنامج المساعدة العامة أو برامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك عند 100% من الخطوط التوجيهية لدخل الفقر الفيدرالي (FPG) أو دونه.

فيما يلي ملخص للمساعدة المالية المتاحة في مستشفى كليفلاند كلينك لإعادة التأهيل.

المساعدة المالية المُقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية للرعاية الضرورية طبيًا كخضوع من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي وكنتم تقيم في أوهايو. سيتم فحص أوراق جميع المتقدمين بالطلبات المستحقين لتغطية برنامج Medicare، ويجب عليهم التعاون مع ممثلي برنامج Medicare ليتم النظر في حصولهم على المساعدة المالية. إذا كنت مؤهلًا للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستتلقى مساعدة مجانية أو مخفضة الأجر طبقًا لمعايير الدخل التالية:

• إذا كان دخل أسرتك السنوي يصل إلى 250% من خط الفقر الفيدرالي، فستتلقى رعاية مجانية.

• إذا كان دخل أسرتك السنوي يقع بين 251% و400% من خط الفقر الفيدرالي، فستتلقى رعاية مخفضة حتى المبلغ الذي تقوم بصفة عامة بتحرير فواتير به للمرضى المؤمن عليهم للحصول على هذه الخدمات.

حتى إذا كنت تتمتع بتغطية تأمينية، طالما أنك تفي بمعايير الدخل لدينا، فستكون مؤهلًا لتلقي المساعدة المالية إذا كان: تأمينك لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبيًا التي تتشدها أو أنك قد استنفدت الحد الأقصى من مساعدات التأمين على مدار فترة حياتك.

طرق إضافية للتأهل. إذا لم تستوف معايير الدخل الواردة أعلاه، بصرف النظر عن حالتك التأمينية أو الولاية التي تقيم فيها، فسيتم دراسة كل حالة على حدة للحصول على المساعدة المالية بموجب الظروف التالية:

• **الظروف الاستثنائية.** إذا كنت تمر بضائقة شخصية أو مالية شديدة، فيمكنك الاتصال بنا ليتم النظر في أمر حصولك على مساعدة مالية.

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

Las copias de nuestra Política de Asistencia Financiera, el Formulario de Solicitud y el presente Resumen están disponibles en inglés, árabe y español.

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

أعد طلبك بعد استيفائه إلى: **IP Rehab Central Business Office - Cleveland Clinic**
(866) 284-0235 P.O. Box 932923, Cleveland, OH 44193

نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض

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

رقم الحساب _____ تاريخ (تواريخ) الخدمة _____

اسم المريض: _____ اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____ الرقم والشارع _____

الولاية محل الإقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: (____) _____ (المنزل الجوال العمل آخر _____)

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي وقت تاريخ الخدمة: لا يوجد تأمين Medicare Medicaid آخر _____

القسم الثاني: دخل الأسرة

أدخل بيانات دخلك ودخل الزوجة وجميع أفراد الأسرة الآخرين (إذا كان ينطبق).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل تلقي الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهراً قبل تلقي الخدمة
الأجور/ عمل حر	\$	\$
الضمان الاجتماعي	\$	\$
معاش التقاعد، حصص الأرباح، الفوائد، الدخل من الإيجار	\$	\$
البطالة وتعويض العمال	\$	\$
دعم الطفل (فقط إذا كان المريض المتلقي المقصود)	\$	\$
غير ذلك	\$	\$

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

قائمة بجميع أفراد الأسرة في منزلك وتواريخ ميلادهم.

يُرجى 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 عاماً (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون 18 عاماً، سيُشمل تعريف الأسرة كلاً من المريض وأبوي المريض الطبيعيين أو بالتبني وأطفال الآباء دون 18 عاماً (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

أسماء أفراد الأسرة، بما في ذلك المريض _____ تاريخ الميلاد _____ صلة القرابة بالمريض _____

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

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

توقيع الطرف المسئول: X _____ التاريخ: _____