

فسيتم النظر في أمر حصولك على المساعدة المالية.

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

- **الظروف الطبية الخاصة.** إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن توفيره إلا من خلال الطاقم الطبي بالنظام الصحي لكليفلاند كلينك أو أنك ستستفيد من الخدمات الطبية المستمرة المقدمة من النظام الصحي لكليفلاند كلينك لمواصلة الرعاية، فسيتم النظر في حالتك حسب ظروف كل حالة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد. إذا كنت تطلب العلاج في فلوريدا، فيتعين أن تكون مريضاً حالياً لدى طبيب بمستشفى كليفلاند كلينك بفلوريدا.

رعاية الأمومة. إذا كنت حاملاً ولا يقدم تأمينك مساعدات أمومة، فقد تكونين مؤهلة لتلقي المساعدة المالية بموجب سياستنا، شريطة أن تحقق معايير الدخل الخاصة بسياستنا وتكوني مقيمة في ولاية أوهايو وتوافق على التعاون معنا لتحديد ما إذا كنت مؤهلة لتلقي مساعدات الأمومة بموجب أي برنامج حكومي.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ التي تُطلب في العادة. إذا تلقيت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فننظر في طلب منك تسديد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الأخرى الضرورية طبياً بأكثر من المبلغ الذي نطلبه في العادة من المرضى ممن لديهم تأمين تجاري أو 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 موقع كليفلاند كلينك الإلكتروني عبر www.ccf.org/financialassistance، و(2) في أماكن القبول لدينا، أو في أي من مكاتب مستشارينا الماليين. إذا كنت تتصل على خدمات الدعم الأولي للمرضى على رقم 866.621.6385 أو تسأل أحد المستشارين الماليين، فإننا سنرسل لك نسخة من سياسية المساعدة المالية وملخص بلغة سهلة ونموذج الطلب مجاًناً عبر البريد.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. يمكنك التقدم في أي مرحلة من مراحل عملية تحديد المواعيد 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 خدمات الدعم الأولي للمرضى للتقييم والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية خاصة كارثية أو استثنائية، يمكن أن يقدم أحد المستشارين الماليين أو ممثل خدمات الدعم الأولي للمرضى طلباً لك. وإذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في تقديم الطلب، فيرجى الاتصال بمستشارينا الماليين المتواجدين

في مرفقنا أو الاتصال على خدمات الدعم الأولي للمرضى على رقم 866.621.6385.

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP). بصفتك أحد المشاركين في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP)، فنحن نقدم لك خدمات طوارئ وخدمات أخرى ضرورية طبياً على مستوى المستشفى مجاناً إذا كنت مقيماً في ولاية أوهايو وإذا توفر لديك أحد الشرطين التاليين: (1) إذا كنت من المؤهلين حالياً لتلقي برنامج المساعدة العامة أو برنامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك عند 100% من مستوى الخطوط التوجيهية للفقر الفيدرالية (FPG) أو دونه.

وفي ما يلي ملخص للمساعدة المالية متاح في مرفق مؤسسة كليفلاند كلينك بما في ذلك المستشفيات ومراكز صحة الأسرة. لا ينطبق هذا الملخص على مرفق مركز كليفلاند كلينك أكرون جنرال وكليفلاند كلينك لإعادة التأهيل ومرفق المركز الطبي بمقاطعة أشتابولا والتبديها سياسات المساعدة المالية الخاصة بها.

المساعدة المالية المقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية في الطوارئ والرعاية الأخرى الضرورية طبياً كخصم من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي وكانت تقيم في الولاية التي تطلب فيها الرعاية (أوهايو أو فلوريدا أو نيفادا). إذا كنت مقيماً في فلوريدا، فيتعين عليك أن تقيم في مقاطعة براوارد وتطلب

خدمات رعاية الطوارئ داخل المستشفى. 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 مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستتلقى مساعدة مجانية أو مساعدة أخرى مخفضة طبقاً 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 مؤهلاً لتلقي المساعدة المالية إذا كان: التأمين لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبياً التي تنتجها أو أنك قد استفدت الحد الأقصى من مساعدات التأمين على مدار فترة حياتك.

إذا كنت متبرعاً بأحد أعضاء جسمك، فسيُنظر إلى حالتك بموجب طلب المساعدة المالية الخاص بمتلقي العضو المعنى.

طرق إضافية للتأهل. إذا لم تفي بمعايير الدخل الواردة أعلاه، بصرف النظر عن حالتك التأمينية، فسيتم دراسة كل حالة على حدة للحصول على المساعدة المالية بموجب الظروف التالية:

- **الرصيد الكارثي.** إذا كان لديك رصيد مدين لكليفلاند كلينك يزيد عن 15% من دخل أسرتك السنوي،

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب وهذا الملخص باللغات الأخرى.

القسم الأول: معلومات المريض

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

رقم الحساب: _____ تاريخ الخدمة: _____

اسم المريض: _____

الحرف الأول من الاسم الأوسط

الاسم الأول

اسم لعائلة

العنوان:

المقاطعة:

المدينة:

رقم وشارع

الرمز البريدي:

الولاية محل الإقامة:

تاريخ الميلاد:

الحالة العائلية: q أعزب q متزوج q مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: (_____)

q منزلي q الهاتف المحمول q العمل q هاتف آخر

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي في موعد تاريخ الخدمة: q لا يوجد تأمين

q برنامج Medicare q برنامج Medicaid q أخرى

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.

يرجى تقديم المعلومات التالية لجميع الأفراد في أسرته 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 الأباء دون 18 عاماً (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

العلاقة بالمريض

تاريخ الميلاد

أسماء أفراد الأسرة بمن فيهم المريض

1. المريض:

2.

3.

4.

5.

6.

بتوقيعي أنا، أقر بصحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقت.

توقيع الطرف المسؤول: X _____

لتاريخ: _____