

- **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 الفريق 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 تحققي معايير الدخل الخاصة بسياستنا وتكوني مقيمة في ولاية أوهايو وتوافقى على التعاون معنا لتحديد ما إذا كنت مؤهلة لتلقي مساعدات الأمومة بموجب أي برنامج حكومي.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ التي تُطلب في العادة. إذا تلقت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن يُطلب منك تسديد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الأخرى الضرورية طبيًا 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 أقسام الطوارئ لدينا، أو في أي من مكاتب الداعمين الماليين للمرضى عندنا. إذا كنت تتصل على خدمات الدعم الأولي للمرضى على رقم 866.621.6385 أو تسأل أحد الداعمين الماليين، فإننا سنرسل لك نسخة من سياسة المساعدة المالية وملخص بلغة سهلة ونموذج الطلب مجاناً 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، فيمكن أن يقدم أحد الداعمين الماليين للمرضى أو ممثل خدمات الدعم الأولي للمرضى طلباً لك. إذا احتجت إلى أي مساعدة في تقديم الطلب، فيرجى الاتصال بالداعمين الماليين للمرضى عندنا الموجودين في مرافقنا أو الاتصال بخدمات الدعم الأولي للمرضى على 866.621.6385.

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP). بصفتك أحد المشاركين في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (Ohio Hospital Care Assurance Program, HCAP)، فنحن نقدم لك خدمات طوارئ وخدمات أخرى ضرورية طبيًا 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 (Federal Poverty Guidelines, FPG) أو دونه.

في ما يلي ملخص للمساعدة المالية متاح في مرافق مؤسسة كليفلاند كلينك بما في ذلك المستشفيات ومراكز صحة الأسرة. لا ينطبق هذا الملخص على مرافق مركز كليفلاند كلينك لإعادة التأهيل ومرافق المركز الطبي بمقاطعة أشتابولا والتي لديها سياسات المساعدة المالية الخاصة بها.

المساعدة المالية المُقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية في الطوارئ والرعاية الأخرى الضرورية طبيًا كخضوع من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي وكنتم تقيم في الولاية التي تطلب فيها الرعاية (أوهايو أو فلوريدا أو نيفادا). إذا كنت مقيماً في ولاية فلوريدا، فيجب أن تكون مقيماً في مقاطعة بروارد وأن تكون طالباً لخدمات 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 مخفضة الأجر 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 نقوم بصفة عامة بتحرير فواتير به للمرضى المؤمن عليهم للحصول على هذه الخدمات.

حتى وإن كان لديك تأمين، طالما أنك تستوفي معايير الدخل الخاصة بنا، ستكون مؤهلاً للمساعدة المالية لو أن: تأمينك لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبيًا التي تطلبها أو أنك استفدت الحد الأقصى من استفادات تأمينك على مدى الحياة.

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:

- **الرصيد الكارثي.** إذا كان لديك رصيد مدين لكليفلاند كلينك يزيد عن 15% من دخل أسرتك السنوي، فسيتم دراسة حصولك على المساعدة المالية.

Copies of our Financial Assistance Policy, Application Form, and this Summary are available in English, Arabic and Spanish. Las copias de nuestra Política de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en español. تتوفر نسخة من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب وهذا الملخص باللغة العربية.

القسم الأول: معلومات المريض

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

رقم الحساب _____ تواريخ الخدمة _____

اسم المريض _____

الأخير _____ الأول _____ الحروف الأولى من اسم الأب _____

العنوان: _____ المدينة: _____ المقاطعة: _____

الرقم والشارع _____

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

رقم الهاتف الرئيسي: (_____) _____ المنزل الجوال العمل غير ذلك _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

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

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، حصة 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، يشمل 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 بمن فيهم المريض _____ تاريخ الميلاد _____ العلاقة بالمريض _____

1. المريض: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

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

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____