

**Programa de Seguro Médico Hospitalario de Ohio (Hospital Care Assurance Program, HCAP) de Ohio.** Como participante del Programa HCAP, le ofrecemos servicios de atención de urgencia y otros servicios hospitalarios necesarios sin cargo si usted reside en Ohio y (1) actualmente es un beneficiario elegible de los programas de ayuda general o ayuda por discapacidad, o bien si (2) sus ingresos son iguales o inferiores al 100% de los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG).

El siguiente es un resumen de asistencia financiera disponible en todas las instalaciones de Cleveland Clinic, incluso sus hospitales y centros de salud familiares. Este resumen no corresponde a las instalaciones de Cleveland Clinic Akron General, Cleveland Clinic Rehabilitation y Ashtabula County Medical Center que tienen sus propias políticas de asistencia financiera.

**Asistencia financiera ofrecida** Si no posee seguro, brindamos asistencia financiera para casos de emergencia y otro tipo de atención médica necesaria como un descuento de nuestros cargos normales si su ingreso familiar no excede el cuádruple de los FPG y usted reside en el estado en el cual está buscando asistencia (Ohio, Florida o Nevada). Si usted es residente de Florida, usted debe residir en el condado de Broward y estar buscando servicios de atención médica de emergencia dentro del hospital. Todos los solicitantes serán evaluados para determinar si pueden recibir cobertura de Medicaid y deberán cooperar con los representantes de Medicaid para ser considerados para la asistencia financiera. Si es elegible para obtener asistencia financiera conforme a nuestra Política, recibirá atención gratuita o con descuento de acuerdo con el siguiente criterio de ingresos:

- Si sus ingresos familiares anuales llegan al 250% del FPG, recibirá atención médica gratuita,
- Si sus ingresos familiares anuales están entre el 251% y el 400% del FPG, recibirá atención médica con descuento sobre la cantidad que generalmente cobramos a los pacientes con seguro por dichos servicios.

Incluso si tiene seguro, siempre y cuando cumpla con nuestro criterio de inclusión, será elegible para la asistencia financiera si: su seguro no brinda cobertura para los servicios médicos necesarios que está buscando o si ha agotado el máximo de beneficios del seguro de por vida.

Si usted es donante de órganos, se lo considerará según la Solicitud de asistencia financiera del receptor de órganos.

**Maneras alternativas de reunir los requisitos.** Si no cumple con el criterio de ingresos mencionado, sin importar su estado de seguro o estado de residencia, se lo considerará en base a cada caso en particular para recibir la asistencia financiera bajo las siguientes circunstancias:

- **Saldo catastrófico** Si tiene un saldo adeudado a Cleveland Clinic mayor al 15% de su ingreso anual familiar, será tenido en cuenta para la asistencia financiera.

- **Circunstancias excepcionales.** Si está atravesando una dificultad económica personal o financiera extrema, puede contactarnos para que lo consideremos para la asistencia financiera.
- **Circunstancias médicas excepcionales.** Si está buscando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico de CCHS o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCHS para continuidad de la atención médica, se lo considerará como un caso particular para brindarle asistencia financiera para ese tratamiento específico. Si está buscando tratamiento en Florida, usted debe ser un paciente actual de un médico del CC de Florida.

**Atención médica por maternidad.** Si usted está embarazada y su seguro no brinda beneficios por maternidad, es posible que sea elegible para recibir ayuda financiera según nuestra política, siempre que cumpla con los requisitos de ingreso, sea residente de Ohio y acepte cooperar con nosotros para determinar si es elegible para recibir beneficios por maternidad según un programa gubernamental.

**Los costos no excederán los montos que generalmente se facturan.** Si recibe asistencia financiera conforme a nuestra política, no se le facturará más por atención de urgencia u otro tipo de atención médica necesaria que el monto que generalmente facturamos a pacientes que tienen un seguro comercial o cobertura Medicare.

**Cómo obtener una copia de nuestra Política y de la solicitud.** Puede obtener una copia de nuestra Política y el formulario de solicitud de asistencia financiera de este modo: (1) en el sitio web de Cleveland Clinic, [www.ccf.org/financialassistance](http://www.ccf.org/financialassistance), y (2) en nuestras áreas de admisión, en nuestros departamentos de emergencias o en cualquiera de las oficinas de nuestros asesores financieros. Si llama al Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 866.621.6385 o consulta a un asistente financiero, le enviaremos por correo una copia de nuestra Política de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de aplicación sin cargo.

**Como solicitar y obtener asistencia.** Usted puede solicitar en cualquier punto del programa o del proceso de facturación al completar y enviar una solicitud y brindar información sobre los ingresos.

Cualquier Solicitud de Asistencia Financiera ya sea que se complete en persona, en línea, entregado o se envíe por correo, será remitido al equipo de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente para evaluación y procesamiento. Si piensa que está atravesando circunstancias médicas especiales o excepcionales o catastróficas, un asistente financiero o representante de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente puede comenzar el proceso de solicitud por usted. Si necesita ayuda para el proceso de solicitud, comuníquese con los asesores financieros ubicados en nuestras instalaciones o llame a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 866.621.6385.

*Las copias de nuestra Política de Ayuda Financiera, el Formulario de Solicitud y el presente Resumen están disponibles en otros idiomas.*

**SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Escriba en letra de imprenta su nombre completo, la dirección en la que se encontraba al momento de recibir atención médica y otra

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha(s) del servicio \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
NÚMERO Y CALLE

Estado de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: q Soltero q Casado q Divorciado

Número telefónico principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ q Casa q Móvil q Trabajo q Otro \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro de atención médica en la fecha de servicio q Sin seguro q Medicare q Medicaid q Otro \_\_\_\_\_

**SECCIÓN DOS: INGRESO FAMILIAR**

Proporcione datos de sus ingresos, de su cónyuge y de todos los demás miembros de su familia (si corresponde).

Fuente de ingresos	Total en los 3 meses anteriores a la fecha de atención	Total en los 12 meses anteriores a la fecha de atención
Salario/Independiente	\$ _____	\$ _____
Seguro social	\$ _____	\$ _____
Pensión, dividendos, intereses, ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____
Seguro de desempleo, compensación al trabajador por accidentes	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil (únicamente si el paciente es el destinatario)	\$ _____	\$ _____
Otros	\$ _____	\$ _____

**SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR E INGRESOS**

Mencione todos los miembros de la familia que viven en su casa y sus fechas de nacimiento.

Brinde la siguiente información para todas las personas de su familia cercana que viven en su casa. A los fines del Programa HCAP, la familia incluye al paciente, al cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente, y los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) de los padres que viven en la casa del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluido el paciente	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente
1. Paciente: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Al firmar a continuación, certifico que la información declarada en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadera.

Firma de la persona responsable: x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe su solicitud completa a: **Patients First Support Services - Cleveland Clinic**

6801 Brecksville Rd., RK2-3, Independence, OH 44131-9980