

Programa de Seguro Médico Hospitalario (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 la asistencia financiera disponible en todas las instalaciones de la Cleveland Clinic, incluso sus hospitales y centros de salud familiares. Este resumen no es aplicable a las instalaciones de 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, debe residir en el condado de Broward y solicitar los servicios de atención 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 su ingreso familiar anual llega al 250 % de los FPG, recibirá atención médica gratuita.
- Si su ingreso familiar anual está entre el 251 % y el 400 % de los FPG, recibirá atención médica con descuento sobre el monto que generalmente facturamos a los pacientes con seguro por dichos servicios.

Incluso si tiene seguro, mientras cumpla con nuestros criterios de ingresos, será elegible para recibir asistencia financiera si su seguro no proporciona cobertura por los servicios médicamente necesarios que está solicitando o si agotó sus beneficios máximos de seguro de por vida.

Maneras alternativas de reunir los requisitos. Si no cumple con los criterios de ingresos mencionados anteriormente, 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 la Cleveland Clinic mayor al 15 % de su ingreso anual familiar, se lo considerará para recibir asistencia financiera.
- **Circunstancias excepcionales.** Si está atravesando una dificultad personal o financiera extrema, puede

contactarnos para que lo consideremos para la asistencia financiera.

- **Circunstancias médicas especiales.** 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 de CC de Florida.

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

Los cargos no excederán los montos generalmente facturados. 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 la Cleveland Clinic en www.ccf.org/financialassistance, y (2) en nuestras áreas de admisión, nuestros departamentos de emergencias o cualquiera de las oficinas de nuestros asesores financieros para pacientes. Si llama a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 866.621.6385 o consulta a un asesor financiero para pacientes, le enviaremos por correo una copia de la Política de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud sin cargo.

Cómo 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, se entregue o se envíe por correo, será reenviada al equipo de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente para evaluación y procesamiento. Si cree que está atravesando circunstancias médicas especiales, excepcionales o catastróficas, un asesor financiero para pacientes o representante de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente puede comenzar el proceso de solicitud por usted. Si necesita ayuda para presentar la solicitud, comuníquese con nuestros asesores financieros para pacientes que se encuentran en nuestras instalaciones o llame a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 866.621.6385.

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 español.

تتوفر نسخة من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب وهذا الملخص باللغة العربية.

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba en letra de imprenta su nombre completo, su dirección al momento de recibir el servicio médico y otra información detallada en esta sección

Número de cuenta _____ Fecha(s) del servicio _____

Nombre del paciente _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL MEDIA

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

NÚMERO Y CALLE

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado

Número telefónico principal: (_____) _____ Hogar Celular Trabajo Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro de salud a la fecha del servicio: Sin seguro Medicare Medicaid 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 del servicio	Total en los 12 meses anteriores a la fecha del servicio
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 previsto)	\$ _____	\$ _____
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, el 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.



Formulario de solicitud de asistencia financiera

Nombres 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: _____
