

• **الظروف الطبية الخالصة.** إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن أن يقدمه أحد سوى أفراد طاقم CCHS الطبي أو كنت قد تستفيد من الخدمات الطبية المستمرة التي يقدمها CCHS لاستمرار الرعاية، فستقيم طبلك لكل حالة على جنة للحصول على المساعدة المالية لذلك العلاج تحديداً إذا كنت تطلب العلاج في فلوريدا، فمن الضروري أن تكون مريضاً حالياً لدى أحد أطباء CC Florida.

• **المساعدة المالية بسبب الظروف المعيشية.** المرضى المشردون أو المتوفون (من دون زوج/زوجة معروفة/ أو تركه)، على النحو الذي تحدده Cleveland Clinic، والذين لديهم أرصدة مسحقة أو حالات رعاية منفردة لا تستوفي بخلاف ذلك شروط الأهلية للحصول على المساعدة المالية بموجب هذه السياسة.

رعاية الأهلية. إذا كنت حاملاً وكان تأمينك لا يقدم مزايا الأهلية، فستكونين مؤهلة للحصول على المساعدة المالية بموجب سياستنا، طالما أنك تستوفين معيير الدخل الذي نطبقها، وأنك مقيمة في ولاية أوهابيو أو في ولاية فلوريدا، في إحدى مقاطعات إنديان ريفر، أو مارتن، أو سانت لوسي، وأنك توافقين على التعاون معنا لتحديد أهليةتك للحصول على مزايا الأهلية بموجب أحد البرامج الحكومية.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ التي تتم فوترةها عموماً. إذا تلقيت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فإن بطلب منك تسييد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الضرورية طبباً الآخري يزيد عن المبلغ الذي نطلبه في العادة إلى المرضى ممّن لديهم تأمين تجاري أو تغطية بموجب أحد برامج Medicaid أو Medicare.

كيفية الحصول على نسخ من سياستنا وطلب التقديم. يجوز لك الحصول على نسخة من سياستنا ونموذج طلب

المساعدة المالية: (1) من موقع Cleveland Clinic الإلكتروني عبر www.ccf.org/financialassistance، (2) في مكتب الدخول، أو في أقسامنا للطوارئ، أو في أي من مكاتب المستشارين الماليين للمرضى لدينا. إذا اتصلت بخدمة العملاء على الرقم 866.621.6385 أو سالت أحد المستشارين الماليين للمرضى، فسدرسل لك نسخة عن سياسة المساعدة المالية والملاخص مكتوبًا بلغة سهلة، ونموذج طلب مجانًا عبر البريد.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. بإمكانك التقدم بطلب في أي مرحلة من مراحل عملية تحديد الملاعيدين أو إصدار الفواتير من خلال استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن دخلك. قد تستخدم Cleveland Clinic أيضاً طرفاً آخر لتحديد الأهلية اقتراضياً. إن أي طلب للمساعدة المالية، سواء تم استيفاؤه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسلیمه أو إرساله بالبريد، ستتم إعادة توجيهه إلى فريق إدارة دورة الإيرادات للتقدير والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية كارثية أو استثنائية أو خاصة، فمن الممكن أن يباشر أحد المستشارين الماليين للمرضى أو ممثل خدمة عملاء التقدم بطلب بالنيابة عنك. إذا احتجت إلى أي مساعدة في التقدم بالطلب، فپُرجي الاتصال بأحد المستشارين الماليين للمرضى الموجودين في مراقبتنا أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 866.621.6385.

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهابيو (HCAP). بصفتك أحد المشاركون في برنامج HCAP، نقدم لك خدمات الطوارئ والخدمات الضرورية طبباً الآخري في مستشفياتنا مجاناً إذا كنت مقيماً في ولاية أوهابيو، وإذا (1) كنت موهلاً حالياً للحصول على خدمات برنامج المساعدة العامة أو برنامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك يبلغ 100% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر (Guidelines, FPG) أو دونه.

وفي ما يلي ملخص المساعدة المالية المتاحة في جميع مراافق مؤسسة Cleveland Clinic بما في ذلك المستشفيات ومرافق الرعاية للأسرة. لا يطبق هذا الملخص على Select Cleveland Rehabilitation Hospitals، Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals Ashtabula Regional، ومرافق One Medical Hospitals، التي تطبق سياساتها للمساعدة المالية.

المساعدة المالية المقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية للطوارئ والرعاية الضرورية طبباً الآخري كخصم من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي.

وكلت نقدم في الولاية التي تطلب فيها الرعاية (أوهابيو أو فلوريدا أو نيفادا). إذا كنت مقيماً في فلوريدا، فيجب أن تكون مقيماً في المقاطعات التالية: بروار، أو إنديان ريفر، أو مارتن، أو سانت لوسي، وأن تطلب خدمات الطوارئ أو الرعاية الضرورية طبباً (لا تغطي مراافق جنوب شرق فلوريدا سوى خدمات رعاية الطوارئ). ستحصل على ملخص جميع مقتني الطلب للالستفادة من تغطية برنامج Medicaid للفحص، ويجب عليهم التعاون مع ممثلي برنامج Medicaid للنظر في حصولهم على المساعدة المالية. إذا كنت موهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستحصل على مساعدة مجانية أو على تخفيض وفقاً لمعايير الدخل التالية:

- إذا كان دخل أسرتك السنوي لعالية 250% من FPG، فستنلقي رعاية مجانية.
- إذا كان دخل أسرتك السنوي يتراوح ما بين 251% و400% من FPG، فستنلقي رعاية مخصصة حتى قيمة المبلغ الذي نطلبه من المرضى المؤمن عليهم عموماً مقابل هذه الخدمات.

حتى إذا كنت تتمتع بتحفظات تأمينية، طالما أنك تفي بمعايير الدخل لدينا، فستكون موهلاً لتقديم المساعدة المالية إذا كان: التأمين داخل الشبكة لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبباً التي تتقدّمها أو أنك قد استفدت الحد الأقصى من مساعدات التأمين على مدار فترة حياتك.

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

- **رصيد الظروف الكارثية.** إذا كان لديك رصيد مستحق لصالح Cleveland Clinic على الرسوم المترتبة عن جولة رعاية يتتجاوز نسبة 25% من دخل عائلتك السنوي، فستقيم طلبك للحصول على المساعدة المالية. (يشتّتى من ذلك المرضى الذين لديهم تأمين حيث تكون Cleveland Clinic خارج الشبكة أو غير معنّف معها).
- **الظروف الاستثنائية.** إذا كنت تمر بضائقة شخصية أو مالية شديدة، فيإمكانك التواصل معنا لتقديم طلب حصولك على المساعدة المالية.

Todos los textos y documentos que aparecen en esta página web están disponibles en inglés, árabe, español, ruso, ucraniano, nepalí, criollo haitiano y creole. | Copia de la Política de Asistencia Financiera y el Formulario de solicitud y el presente. Resumen están disponibles en inglés, árabe, español, ruso, ucraniano, nepalí, criollo haitiano y creole. | Копии Политики оказания финансовой помощи, бланка заявки и настоящего резюме доступны на английском, арабском, испанском, русском, украинском, непальском, гаитянском креольском и креольском языках. | Копії нашої Політики фінансової допомоги, форми заяви та цього Короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, непальською, гаїтіанською креольською та креольською мовами. | हायप्रो वित्तीय सहायता नीति, आवेदन फाराम र यो सारांशको प्रतिलिपिहरू अङ्ग्रेजी, अरबी, स्पैनिश, रुसी, युक्रेनी, नेपाली, हाइटी क्रियोल र क्रियोलमा उपलब्ध छन्। | Kopi sou Politik Éd Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Ikrenyen, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl.



نموذج طلب المساعدة المالية

القسم الأول: معلومات المريض

اكتب اسمك كاملاً وعنوان سكنك في وقت الحصول على الخدمة الطبية وغيرها من المعلومات المحددة في القسم بحروف واضحة.

رقم الحساب

اسم المريض:

الأخير

العنوان:

لر قم و الشارع

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلقة

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

عنوان البريد الإلكتروني:

لا يوجد تأمين Medicare Medicaid غير ذلك

القسم الثاني: دخل الأسرة

أدخل بيانات دخلك ودخل الزوج/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/العمل الحر	\$	\$
الضممان الاجتماعي	\$	\$
معاش التقاعد، وخصص الأرباح، والفوائد، والدخل من الإيجار	\$	\$
البطالة وتعويض العمال	\$	\$
مساعدات الأطفال (فقط إذا كان المريض هو المُنافي المقصود)	\$	\$
غير ذلك	\$	\$

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

قائمة بجميع أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك وتاريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية عن جميع أفراد أسرتك المباشرة الذين يعيشون في منزلك. لأغراض HCAP، يشير مصطلح الأسرة إلى المريض، وزوج/زوجة المريض، وجميع أبناء المريض دون الثامنة عشرة من العمر (الطبعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون سن الثامنة عشرة، فسيتم تعريف الأسرة كُلًاً من المريض، وأيٍّ من أبويه المريض الطبيعيين أو بالتبني أو كلاهما، وأبناء أيٍّ من الآبويين أو كلاهما الذين دون سن الثامنة عشرة (الطبعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

أسماء أفراد الأسرة اليمنية فيهم المريض

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

يتحقق أدنى، أقر بصحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات.

توقيع الطرف المسؤول: X