

**Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP) de Ohio.** Como participante del HCAP, le ofrecemos servicios de atención de emergencia y otros servicios médicamente necesarios sin cargo si usted reside en Ohio y (1) actualmente es un beneficiario elegible de los programas de asistencia general o de asistencia por discapacidad, o (2) sus ingresos son iguales o menores del 100 % de las Guías Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG).

El siguiente es un resumen de asistencia financiera disponible en todas las instalaciones de Cleveland Clinic, incluidos sus hospitales y centros de salud familiares. Este resumen no es aplicable a las instalaciones de Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals, Select Cleveland Hospitals, sucursales de One Medical y Ashtabula Regional Medical Center, que tienen sus propias políticas de asistencia financiera.

**Asistencia financiera ofrecida.** Si no posee un seguro, brindamos asistencia financiera para atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria, como un descuento en nuestros cargos normales si su ingreso familiar no excede cuatro veces las FPG y usted es residente del estado en el que solicita atención (Ohio, Florida o Nevada). Si es residente de Florida, debe residir en los siguientes condados: Broward, Indian River, Martin o St. Lucie, y debe estar solicitando servicios de emergencia o atención médicamente necesaria (los centros del sudeste de Florida solamente cubren servicios de atención de emergencia). 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 los siguientes criterios de ingresos:

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

Incluso si tiene seguro, siempre y cuando cumpla con nuestros criterios de inclusión, será elegible para la asistencia financiera si: su seguro dentro de la red no brinda cobertura para los servicios médicamente necesarios que está solicitando o si ha agotado el máximo de beneficios del seguro de por vida.

**Maneras alternativas de cumplir con los requisitos.** Si no cumple con los criterios de ingresos mencionados, sin importar su estado de seguro o estado de residencia, se le considerará según cada caso en particular para recibir la asistencia financiera, en las siguientes circunstancias:

- **Saldo catastrófico.** Si tiene un saldo adeudado a Cleveland Clinic por cargos derivados de un episodio de atención mayor del 25 % de su ingreso anual familiar, se le considerará para recibir asistencia financiera. (Esto excluye a los pacientes con seguro donde Cleveland Clinic está fuera de la red o no es contratado.)
- **Circunstancias excepcionales.** Si está atravesando una dificultad económica personal o financiera extrema, puede contactarnos para que lo consideremos para la asistencia financiera.
- **Circunstancias médicas especiales.** Si está solicitando tratamiento que solo puede brindarle un equipo

médico de CCHS o se podría beneficiar con servicios médicos continuos de CCHS para la continuidad de la atención médica, se le considerará según cada caso en 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 Florida.

- **Asistencia financiera por circunstancias de la vida.** Pacientes sin hogar o fallecidos (sin cónyuge o patrimonio conocido), según lo determine Cleveland Clinic, que tengan saldos pendientes o episodios únicos de atención que de otro modo no cumplirían con los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

**Atención médica por maternidad.** Si usted está embarazada y su seguro no brinda beneficios por maternidad, será elegible para recibir asistencia financiera según nuestra política, siempre y cuando cumpla con los requisitos de ingresos, sea residente de Ohio o de Florida en los condados de Indian River, Martin o St. Lucie, y acepte cooperar con nosotros para determinar si es elegible para recibir beneficios por maternidad en virtud de un programa gubernamental.

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

**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 en [www.ccf.org/financialassistance](http://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 Servicio al Cliente 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 ningún cargo.

**Cómo solicitar y obtener asistencia.** Usted puede solicitar asistencia en cualquier punto del proceso de programación o de facturación, llenando y enviando una solicitud y proporcionando información sobre sus ingresos. Cleveland Clinic también puede utilizar a un tercero para determinar presuntivamente su elegibilidad. Cualquier Solicitud de asistencia financiera, ya sea que se complete en persona, en línea, que se entregue personalmente o se envíe por correo, será remitida al equipo de Gestión del ciclo de ingresos para su evaluación y procesamiento. Si cree que está atravesando circunstancias médicas especiales, excepcionales o catastróficas, un Asesor financiero para pacientes o un representante de Servicio al Cliente 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 Servicio al Cliente al 866.621.6385.

Hay copias de nuestra Política de Asistencia Financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen disponibles en inglés, árabe, español, ruso, ucraniano, nepalí y creole. | Las copias de nuestra Política de Asistencia Financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en inglés, árabe, español, ruso, ucraniano, nepalí, criollo haitiano y creole. | Копії Політики надання фінансової допомоги, форми заяви та цього короткого огляду доступні на англійській, арабській, іспанській, російській, українській, непальській, гаїтянській креольській та креольською мовами. | हाम्रो वित्तीय सहायता नीति, आवेदन फारम र यो सारांशको प्रतिलिपिहरू अङ्ग्रेजी, अरबी, स्पेनिश, रूसी, यूक्रेनी, नेपाली, हाइटी क्रियोल र क्लियोलमा उपलब्ध छन्। | Kōpi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Reziyme sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Kreyenyan, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | تتوفر نسخ عن سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والأوكرانية، والفرنسية، والكروية الهائيتية، والكريولية الهايتية، والنرويجية. | Kōpi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Reziyme sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Kreyenyan, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl.

**SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Escriba en letra de imprenta su nombre completo, la dirección en la que se encontraba al momento de recibir el servicio médico y la otra información que se indica en esta sección.

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
NÚMERO Y CALLE CIUDAD CONDADO

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

**SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR E INGRESOS**

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

Proporcione la siguiente información para todas las personas de su familia cercana que viven en su casa. Para 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. _____		

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: \_\_\_\_\_