

Программа обеспечения больничного лечения штата Огайо (Hospital Care Assurance Program, HCAP). В связи с тем, что Вы являетесь участником программы HCAP, мы предоставим Вам неотложные и прочие необходимые с точки зрения медицины услуги в наших лечебных учреждениях бесплатно, при условии что Вы проживаете в штате Огайо и (1) в настоящий момент Вы являетесь клиентом Программы общего содействия или содействия нетрудоспособным, отвечающим необходимым требованиям, или (2) Ваш доход не превышает 100% федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Ниже приведено описание программы финансовой помощи в учреждениях Cleveland Clinic, в том числе в ее лечебных учреждениях и центрах семейного здоровья. Настоящее резюме не относится к учреждениям Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals, Select Cleveland Hospitals, учреждениям One Medical и Ashtabula Regional Medical Center, которые имеют собственную политику оказания финансовой помощи.

Предлагаемая финансовая помощь. Если у Вас нет страховки, мы предоставим финансовую помощь в неотложных случаях и других случаях, исходя из медицинской необходимости, за меньшую плату в сравнении с нашими стандартными расценками, если доход Вашей семьи не выше четырехкратного значения FPG, и Вы проживаете в штате, в котором обращаетесь за помощью (Огайо, Флорида или Невада). Если Вы являетесь резидентом штата Флорида, Вы должны быть резидентом следующих округов: Broward, Indian River, Martin или St. Lucie и обращаться за неотложной помощью или необходимой медицинской помощью (юго-восточные учреждения Флориды покрывают стоимость только неотложной помощи). Право на финансовую помощь получают соискатели, которые пройдут проверку на предмет покрытия медицинской страховки и окажут необходимое содействие представителям службы Medicaid. Если выяснится, что Вы имеете право на финансовую помощь в соответствии с нашей Политикой, Вы получите помощь бесплатно или по сниженным ценам, в соответствии с изложенными ниже требованиями к величине дохода:

- если Ваш годовой семейный доход не выше 250% от FPG, Вас обслужат бесплатно,
- если Ваш годовой семейный доход находится в интервале от 251% до 400% FPG, Вас обслужат со скидкой от нашей обычно выставляемой суммы за такие услуги для застрахованных пациентов.

Даже если у Вас есть страховка, Вы будете иметь право на получение помощи, если удовлетворяете критериям к доходу, в таких случаях: Ваша медицинская страховка в сети не покрывает необходимые с медицинской точки зрения услуги, за которыми Вы обращаетесь, или Вы исчерпали максимальное количество гарантийных льгот для срока Вашей жизни.

Дополнительные пути соответствия требованиям. Если Вы не удовлетворяете изложенным выше критериям, независимо от наличия или отсутствия у Вас страховки или от штата, в котором Вы проживаете, Ваш случай будет рассматриваться в индивидуальном порядке в контексте следующих аспектов:

- **Катастрофический баланс.** Если Ваш счет за отдельный эпизод лечения Cleveland Clinic превышает 25% годового дохода Вашей семьи, будет рассмотрена возможность предоставления Вам финансовой помощи. (За исключением пациентов со страхованием, у которых Cleveland Clinic не входит в сеть плана страхования, или страхованием не по договору).
- **Исключительные обстоятельства.** Если вы столкнулись с крайне сложными обстоятельствами личного или финансового характера, вы можете обратиться к нам для получения финансовой помощи, и мы рассмотрим ваш случай.
- **Особые медицинские обстоятельства.** Если вы обращаетесь за

помощью, которую может оказать только медицинский персонал CCHS, или прогноз для вашего здоровья будет наиболее благоприятным в случае непрерывного обслуживания со стороны CCHS, мы рассмотрим ваш случай в индивидуальном порядке на предмет предоставления финансовой помощи в связи с таким отдельным видом лечения. Если Вы обращаетесь за медицинской помощью в штате Флорида, Вы должны быть в числе зарегистрированных пациентов врача СС в штате Флорида.

- **Финансовая помощь в связи с жизненными обстоятельствами.** Бездомные или умершие пациенты (без известного супруга или наследства), по определению Cleveland Clinic, имеющие непогашенные задолженности или единичные эпизоды обращения за медицинской помощью и не подпадающие под другие критерии для получения финансовой помощи в соответствии с данной политикой.

Ведение беременности. Если Вы беременны и Ваша страховка не предусматривает выплату пособий по беременности и родам, Вы будете иметь право на получение финансовой помощи в соответствии с нашей Политикой, если соответствуете критериям к доходу, являетесь резидентом штата Огайо или резидентом штата Флорида, округов Indian River, Martin или St. Lucie и согласны сотрудничать с нами, чтобы определить, имеете ли Вы право на выплату пособий по беременности и родам в рамках государственной программы.

Выставляемые счета не будут превышать общие суммы, выставляемые обычным пациентам. Если Вы получаете финансовую помощь в соответствии с нашей Политикой, Вы не понесете дополнительных расходов за неотложную помощь или другую помощь, необходимую с медицинской точки зрения, свыше той суммы, которую мы обычно выставляем пациентам с коммерческой страховкой или участникам программы Medicare или Medicaid.

Как получить копии документа относительно нашей политики и копию заявки. Вы можете получить копию нашей Политики и бланк заявки на получение финансовой помощи: (1) на веб-сайте Cleveland Clinic www.ccf.org/financialassistance, и (2) в наших приемных отделениях, в наших отделениях интенсивной терапии или в любом из офисов финансового консультанта по работе с пациентами. Если Вы позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 866-621-6385 или спросите финансового консультанта по работе с пациентами, мы бесплатно пришлем Вам по почте Вашу копию нашей Политики оказания финансовой помощи, резюме в доступной форме и бланк заявки.

Как подать заявку на получение помощи и получить помощь. Вы можете подать заявку в любой момент в ходе нашего процесса планирования или выставления счета. Для этого передайте нам заполненный бланк заявки и предоставьте необходимую информацию о доходе. Cleveland Clinic также может привлекать третью сторону для определения предположительного соответствия критериям. Заявка на получение финансовой помощи, независимо от того, заполнена ли она от руки, онлайн, доставлена или прислана почтой, будет передана в сотрудникам отдела финансового обслуживания пациентов для анализа и обработки. Если Вы считаете, что у Вас катастрофические, исключительные или особые медицинские обстоятельства, то представитель службы по вопросам оказания финансовой помощи пациентам или службы поддержки может инициировать для Вас подачу заявки. Если Вам необходима помощь в подаче заявки, свяжитесь с нашими финансовыми консультантами по работе с пациентами в наших учреждениях или позвоните в Службу поддержки по телефону 866-621-6385.

Копии Политики оказания финансовой помощи, бланка заявки и настоящего резюме доступны на английском, арабском, испанском, русском, украинском, непальском и креольском языках. | 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. | Копии Политики оказания финансовой помощи, бланка заявки и настоящего резюме доступны на английском, арабском, испанском, русском, украинском, непальском, тагальском, креольском и креольском языках. | Kopii naшої Політики фінансової допомоги, форми заявки та цього Короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, непальською, гаїтянською креольською та креольською мовами. | ह्रायो विनिर्णय साहायता नीति, आवेदन फारम र यो सामान्यको शर्तिविषयक अर्थवेब, अर्थात्, स्पष्ट, कृती, बुझ्ने, नेपाली, हाइटी क्रियोल र बिरोलमा उपलब्ध छन्। | Kópi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Apli kayon an, ak Reziye sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Ikrènyen, Nepalyè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | وثائق نسج عن سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص بالغة الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والألمانية، والفرنسية، واليهودية، والكريولية الهايتية، والكريولية. |

РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ: ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Укажите вашу фамилию, имя, домашний адрес на момент получения медицинских услуг, а также другую информацию, указанную в настоящем разделе.

Номер счета _____ Дата(-ы) оказания услуги _____

Ф. И. О. пациента: _____
ФАМИЛИЯ ИМЯ ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИАдрес: _____
НОМЕР ДОМА И УЛИЦА ГОРОД ОКРУГШтат проживания: _____ Почтовый индекс: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____ Семейное положение: ☐ Не женат/не замужем ☐ Женат/замужем ☐
Разведен/разведенаОсновной номер телефона: (_____) _____ ☐ Домашний ☐ Мобильный ☐ Рабочий ☐ Другой _____

Адрес электронной почты: _____

Медицинская страховка на момент получения услуг: _____ ☐ Отсутствие страховки ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Другое _____**РАЗДЕЛ ВТОРОЙ: СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД**

Укажите ваш доход, доход супруги/супруга и других членов семьи (при необходимости).

Источник дохода	Общим числом в течение 3 месяцев до	Общим числом в течение 12 месяцев до получения
Заработная плата / предпринимательская деятельность	\$ _____	\$ _____
Социальное обеспечение	\$ _____	\$ _____
Пенсия, дивиденды, проценты, прибыль с аренды	\$ _____	\$ _____
Безработный, трудовая компенсация	\$ _____	\$ _____
Уход за ребенком (только если пациент является целевым получателем)	\$ _____	\$ _____
Прочие	\$ _____	\$ _____

РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ: ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД

Перечислите всех членов вашей семьи и укажите их даты рождения.

Предоставьте эту информацию для всех лиц, являющихся непосредственно членами вашей семьи, которые проживают в вашем доме. В контексте НСАР понятие «семья» включает пациента, супругу/супруга и всех детей пациента, не достигших 18 лет (кровных или приемных), которые проживают в доме пациента. Если пациент не достиг 18 лет, семья включает пациента, кровных или приемных родителей пациента и детей любого из родителей, не достигших 18 лет (кровных или приемных), которые проживают в доме пациента.

Имена членов семьи, включая пациента _____ Дата рождения _____ Степень родства с пациентом _____

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

Своей подписью ниже я заверяю, что все указанные мной сведения в этом бланке и любых приложениях к нему верны.

Подпись ответственной стороны: _____ Дата: _____