

ПОМОЩИ

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 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, где 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, чтобы пройти лечение, которое может обеспечить только медицинский персонал CCHS, или полагаете, что продолжение медицинского обслуживания в CCHS принесет Вам пользу за счет непрерывности оказания медицинской помощи, Вы будете рассматриваться в индивидуальном порядке для получения финансовой помощи для этого конкретного лечения. Если Вы обращаетесь за медицинской помощью в штате Флорида, Вы должны быть в числе зарегистрированных пациентов врача СС в штате Флорида.

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 звоните 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. 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.

Copies of our Financial Assistance Policy, Application Form, and this Summary are available in English, Arabic, Spanish, Russian, Ukrainian, Nepali, Haitian Creole, and 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. | 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 заявки та цього Короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, непальською, гаїтянською креольською та креольською мовами. | हाम्रो वित्तीय सहायता नीति, आवेदन फारम र यो सारांशको प्रतिलिपिहरू अङ्ग्रेजी, अरबी, स्पेनिश, रूसी, यूक्रेनी, नेपाली, हाइटी क्रियोल र क्रियोलमा उपलब्ध छन्। | Kòpi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Ikrenyen, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | هذا الملخص باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والأوكرانية، والنيبالية، والكريولية الهايتية، والكريولية.

Заполненные заявки высылайте по следующему адресу: CCF – Financial Assistance Application PO BOX 932553 CLEVELAND OH 44193

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 ОТЧЕСТВО

Адрес: _____

 НОМЕР ДОМА И УЛИЦА ГОРОД ОКРУГ

Штат проживания: _____ Почтовый индекс: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____ Семейное положение: ☐ Не женат/не замужем ☐ Женат/замужем ☐ Разведен/разведена

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

РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ: ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ И СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД

Перечислите всех членов вашей семьи и укажите их даты рождения.

Предоставьте эту информацию для всех прочих 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.

Заполненные заявки высылайте по следующему адресу: CCF – Financial Assistance Application PO BOX 932553 CLEVELAND OH 44193

Подпись ответственной стороны: _____Дата: _____