

Програма забезпечення лікарняної допомоги штату Огайо (Ohio Hospital Care Assurance Program, HCAP). Як учасник Програми HCAP, ми пропонуємо послуги невідкладної або іншої необхідної з медичної точки зору допомоги в наших лікарнях безкоштовно, якщо ви проживаєте в штаті Огайо і (1) наразі маєте право на отримання допомоги за Програмами загальної допомоги або допомоги інвалідам, або (2) ваш дохід становить 100 % або нижче від рівня прожиткового мінімуму згідно з федеральними рекомендаціями (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Нижче наведено короткий огляд фінансової допомоги, доступної в усіх закладах Cleveland Clinic, включно з лікарнями та сімейними медичними центрами. Цей короткий огляд не застосовується до закладів Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals, Select Cleveland Hospitals, One Medical locations and Ashtabula Regional Medical Center, які мають власну політику фінансової допомоги.

Фінансова допомога, що пропонується. Якщо у вас немає страхування, ми надаємо фінансову допомогу щодо послуг невідкладної або іншого необхідного з медичної точки зору обслуговування у вигляді знижки на наші звичайні тарифи, якщо дохід вашої сім'ї не перевищує чотириразний розмір FPG, і ви є резидентом штату, в якому звертаєтесь за допомогою (Огайо, Флорида або Невада). Якщо ви є резидентом Флориди, ви повинні проживати в таких округах: Бровард, Індіан-Рівер, Мартін або Сент-Люїс та потребувати послуг невідкладної або іншої необхідної з медичної точки зору допомоги (заклади Південно-Східної Флориди покривають лише послуги невідкладної допомоги). Усі заявники будуть перевірені на предмет покриття Medicaid і повинні співпрацювати з представниками Medicaid, щоб мати можливість отримати фінансову допомогу. Якщо ви маєте право на фінансову допомогу за нашою Політикою, ви отримаєте безкоштовну або пільгову допомогу відповідно до таких критеріїв доходу:

- Якщо ваш річний дохід сім'ї становить до 250 % від FPG, ви отримаєте безкоштовну допомогу.
- Якщо ваш річний дохід сім'ї становить від 251 % до 400 % від FPG, ви отримаєте допомогу зі знижкою до суми, на яку ми зазвичай виставляємо рахунок застрахованим пацієнтам за такі послуги.

Навіть при наявності страхування, якщо ви відповідаєте нашим критеріям щодо доходу, ви матимете право на фінансову допомогу, якщо: ваше мережеве страхування не забезпечує покриття необхідних з медичної точки зору послуг, яких ви потребуєте, або ви вичерпали свій максимальний розмір страхових пільг протягом життя.

Додаткові способи відповідності критеріям. Якщо ви не відповідаєте наведеному вище критеріям щодо доходу, незалежно від вашого статусу страхування або штату проживання, вашу заявку на отримання фінансової допомоги розглянуть в індивідуальному порядку за таких обставин:

- **Критична заборгованість.** Якщо у вас є заборгованість перед Cleveland Clinic за витрати, пов'язані з епізодом лікування, на суму понад 25 % від вашого річного доходу сім'ї, ви можете мати можливість отримати фінансову допомогу. (це не стосується пацієнтів зі страховим покриттям, при якому Cleveland Clinic не входить до мережі або не має укладеного договору).
- **Виняткові обставини.** Якщо у вас є надзвичайні особисті чи фінансові труднощі, ви можете звернутися до нас, щоб ми розглянули можливість надання фінансової допомоги.

- **Особливі медичні обставини.** Якщо ви потребуєте лікування, яке може бути надане лише медичним персоналом CCHS, або ви можете отримати користь від продовження отримання медичних послуг від CCHS, для забезпечення безперервності надання медичної допомоги, вашу заявку на отримання фінансової допомоги щодо цього спеціального лікування розглянуть в індивідуальному порядку. Якщо вам потрібне лікування у Флориді, ви повинні бути дійсним пацієнтом лікаря CC у Флориді.
- **Фінансова допомога через життєві обставини.** Пацієнти, які є бездомними або померлими (без відомого чоловіка/дружини або спадкового майна), як визначено Cleveland Clinic, котрі мають непогашені залишкові заборгованості або окремі епізоди лікування, котрі не підходять іншим чином для отримання фінансової допомоги згідно з цією політикою.

Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами. Якщо ви вагітні і ваше страхування не передбачає допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, ви матимете право на фінансову допомогу за нашою Політикою, якщо ви відповідаєте нашим критеріям щодо доходу, проживаєте в Огайо або в округах Індіан-Рівер, Мартін або Сент-Люїс у Флориді та погоджуєтесь співпрацювати з нами, щоб визначити, чи маєте ви право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами за урядовою програмою.

Витрати не перевищуватимуть суми, на які зазвичай виставляється рахунок. Якщо ви отримуєте фінансову допомогу відповідно до нашої Політики, з вас не стягуватиметься більша сума за послуги невідкладної або іншої необхідної з медичної точки зору допомоги, ніж сума, на яку ми зазвичай виставляємо рахунок пацієнтам, які мають комерційне страхування, покриття Medicare або Medicaid.

Як отримати копії нашої Політики та Заявки. Ви можете одержати копію нашої Політики та форми заявки на отримання фінансової допомоги: (1) на вебсайті Cleveland Clinic за посилання www.ccf.org/financialassistance, та (2) у нашій приймальній службі, відділеннях невідкладної допомоги або в будь-якому з наших відділів з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів. Якщо ви зателефонуєте до Служби підтримки клієнтів за номером 866.621.6385 або подасте запит до представника з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів, ми надішлемо вам копію нашої Політики фінансової допомоги, короткий огляд доступно для розуміння мовою та форму заявки безкоштовно.

Як подати заявку та отримати допомогу. Ви можете подати заявку в будь-який момент у процесі планування або виставлення рахунків, заповнивши та надіславши заявку та надавши інформацію про дохід. Cleveland Clinic також може використовувати третю сторону для попереднього визначення відповідності критеріям участі. Будь-яка Заявка на отримання фінансової допомоги, заповнена особисто, онлайн, доставлена або відправлена поштою, буде передана команді відділу управління циклом доходів (Revenue Cycle Management) для оцінки та обробки. Якщо ви вважаєте, що у вас можуть бути критичні, виняткові або особливі обставини, представник з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів або представник Служби підтримки клієнтів може подати заявку від вашого імені. Якщо вам потрібна допомога у поданні заявки, зверніться до представників з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів, які працюють у наших закладах, або зателефонуйте до Служби підтримки клієнтів за номером 866.621.6385.

Копії нашої Політики фінансової допомоги, форми заявки та цього короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, нелльською та креольською мовами. | 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 фінансової допомоги, форми заявки та цього короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, нелльською та креольською мовами. | हार्थी वित्तीय माहिरता नीति, आवेदन चारम र यो मागमाको प्रतिनिधित्व बहुरेखी, बर्ती, मनेन, र्नी, बुनेनी, नेपाळी, हाट्टी क्लिनिक र क्लिनिकस उपकरण कम्पनी | Kopia sou Politiki Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Reziye sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Ikranyen, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | التوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، و نماذج الطلب، وهذا الملخص باللغة الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والأوكرانية، والديالية، والكرولية الهايتية، والكرولية. | Kopia sou Politiki Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Reziye sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Ikranyen, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl.

**РОЗДІЛ 1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА**

Вкажіть ваші повне ім'я, адресу на момент отримання медичної послуги та іншу інформацію, зазначену в цьому розділі.

Обліковий номер _____ Дата(-и) отримання послуги _____

Повне ім'я пацієнта: _____
ПРИЗВИЩЕ ІМ'Я СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ (ПО БАТЬКОВІ)Адреса: _____
НОМЕР БУДИНКУ ТА НАЗВА ВУЛИЦІ МІСТО ОКРУГШтат проживання: _____ Поштовий індекс: _____ Дата народження: ____/____/____ Сімейний стан: ☐ Неодружений(-а) ☐ Одружений(-а) ☐ Розлучений(-а)Основний номер телефону: (_____) _____ ☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий ☐ Інше _____

Адреса електронної пошти: _____

Медичне страхування на дату отримання послуги: _____ ☐ Без страхування ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Інше _____**РОЗДІЛ 2. ДОХІД СІМ'Ї**

Вкажіть свій дохід, дохід вашого чоловіка/дружини та всіх інших членів сім'ї (якщо застосовно).

Джерело доходу	Усього за 3 місяці до отримання послуги	Усього за 12 місяців до отримання послуги
Заробітна плата/самозайнятість	\$ _____	\$ _____
Соціальне забезпечення	\$ _____	\$ _____
Пенсія, дивіденди, відсотки, дохід від надання майна в оренду	\$ _____	\$ _____
Допомога по безробіттю, компенсація працівникам	\$ _____	\$ _____
Допомога на дитину (тільки якщо пацієнт є цільовим одержувачем)	\$ _____	\$ _____
Інше	\$ _____	\$ _____

РОЗДІЛ 3. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю ТА ЇЇ ДОХІД

Перелічіть усіх членів сім'ї вашого домогосподарства та їхню дату народження.

Надайте зазначену нижче інформацію щодо всіх осіб, які є членами сім'ї та проживають у вашому помешканні. Для цілей HCAP сім'я визначається як пацієнт, чоловік або дружина пацієнта та всі діти пацієнта віком до 18 років (біологічні або усиновлені), які проживають у помешканні пацієнта. Якщо пацієнту ще не виповнилося 18 років, поняття сім'ї включає пацієнта, його біологічних чи прийомних батьків і дітей батьків віком до 18 років, які проживають у помешканні пацієнта.

Повне ім'я членів сім'ї, включно з пацієнтом _____ Дата народження _____ Ким доводиться пацієнту _____

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

Своїм підписом нижче я підтверджую, що все, що я зазначив(-ла) у цій заявці та в будь-яких додатках до неї, є правдивим.

Підпис відповідальної сторони: х _____ Дата: _____