

ओहायो अस्पताल स्याहार आश्वासन कार्यक्रम (Hospital Care Assurance Program, HCAP). HCAP कार्यक्रममा सहभागीको रूपमा, तपाईं ओहायोको निवासी हुनुहुन्छ र (1) तपाईं हाल सामान्य सहायता वा अपाङ्गता सहायता कार्यक्रमहरूका लागि योग्य प्राप्त हुनुहुन्छ वा (2) तपाईंको आय संघीय गरिबी निर्देशिका (Federal Poverty Guidelines, FPG) को 100% मा छ वा सोभन्दा कम छ भने हामी हाम्रो अस्पतालहरूमा निःशुल्क आकस्मिक र चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक अन्य सेवाहरू प्रदान गर्छौं।

क्लिभल्याण्ड क्लिनिक का सबै सेवास्थल लगायत यसका अस्पताल तथा पारिवारिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा उपलब्ध आर्थिक सहायताको सारांश तल दिइएको छ। यो सारांश क्लिभल्याण्ड क्लिनिक पुनर्वास अस्पतालहरू, चयन क्लिभल्याण्ड अस्पतालहरू, एक मेडिकल स्थानहरू र अष्टाबुला क्षेत्रीय चिकित्सा केन्द्र सुविधाहरूमा लागू हुँदैन जसको आफ्नै वित्तीय सहायता नीतिहरू छन्।

आर्थिक सहायता प्रदान गरिन्छ। यदि तपाईंसँग बीमा छैन र तपाईंको परिवारको आय FPG को चार गुणाभन्दा बढी छैन र तपाईं आफूले स्याहार खोजिरहनुभएको राज्य (ओहायो, फ्लोरिडा वा नेभेदा) को निवासी हुनुहुन्छ भने हामी हाम्रो नियमित शुल्कहरूबाट छुटको रूपमा आकस्मिक र चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक अन्य स्याहारका लागि आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउँछौं। यदि तपाईं फ्लोरिडाको निवासी हुनुहुन्छ भने तपाईं अनिवार्य रूपमा निम्न काउन्टीहरू मध्ये कुनै एकको निवासी हुनुपर्छ: ब्रोवार्ड, इन्डियन रिभर, मार्टिन वा सेन्ट लुसी र आकस्मिक सेवाहरू वा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक स्याहार खोजिरहनुभएको हुनुपर्छ (साउथइस्ट फ्लोरिडा सेवास्थलहरू ले आकस्मिक स्याहार सेवाहरू मात्र समाविष्ट गर्छन्)। सबै आवेदकलाई Medicaid कभरेजको लागि परीक्षण गरिनेछ र आर्थिक सहायताका लागि विचार गरिनेका लागि Medicaid प्रतिनिधिहरूसँग अनिवार्य रूपमा मिलेर काम गर्नुपर्छ। तपाईं हाम्रो नीति अन्तर्गत आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ भने तपाईंले निम्न आयसम्बन्धी मापदण्डहरू अनुसार निःशुल्क वा छुट गरिएको सहायता प्राप्त गर्नु हुने छ:

- यदि तपाईंको परिवारको वार्षिक आय FPG को 250% सम्म छ भने तपाईंले निःशुल्क स्याहार प्राप्त गर्नुहुनेछ,
- यदि तपाईंको परिवारको वार्षिक आय FPG को 251% र 400% को बीचमा छ भने तपाईंले हामीले सामान्यतया उक्त सेवाहरूको लागि बीमाकृत बिरामीहरूलाई बिल लगाउने रकममा छुट गरिएको स्याहार प्राप्त गर्नुहुनेछ।

तपाईंसँग बीमा भएतापनि तपाईंले हाम्रो आयसम्बन्धी मापदण्डहरूलाई पूरा गर्दासम्म तपाईं निम्न अवस्थामा आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुनु हुने छ: तपाईंको बीमाले तपाईंले खोजिरहनुभएको चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरूका लागि कभरेज उपलब्ध गराउँदैन वा तपाईंले आफ्नो जीवनकालका अधिकतम बीमा लाभहरूलाई पूर्ण रूपमा प्रयोग गरिसक्नुभएको छ।

योग्य ठहरिने अतिरिक्त तरिकाहरू। तपाईंको बीमाको स्थिति वा निवास गर्ने राज्य जुनसुकै भए पनि यदि तपाईंले माथिका आयसम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा गर्नुहुन्न भने तपाईंलाई निम्न परिस्थितिहरूअन्तर्गत आर्थिक सहायताको लागि मामिला अनुसार फरक-फरक विचार गरिनेछ:

- **आपातपूर्ण शेष रकम।** क्लिभल्याण्ड क्लिनिक ले स्याहारको एपिसोडका लागि तपाईंको परिवारको वार्षिक आयको 25% भन्दा बढी शुल्कहरू लगाएकोले तपाईंको तिर्न बाँकी रकम छ भने तपाईंलाई आर्थिक सहायताको लागि विचार गरिने छ। (यसले क्लिभल्याण्ड क्लिनिक सञ्जाल बाहिर वा गैर-सम्झौतापत्र भएको बीमा भएका बिरामीहरूलाई समावेश गर्दैन)।
- **अपवादात्मक परिस्थितिहरू।** यदि तपाईंलाई अत्यधिक व्यक्तिगत वा आर्थिक

कठिनाई परेको छ भने आर्थिक सहायताको लागि विचार गरिनेका निम्ति तपाईंले हामीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

- **विशेष चिकित्सकीय परिस्थितिहरू।** यदि तपाईं CCHS मेडिकल स्टाफद्वारा मात्र प्रदान गर्न सकिने उपचार खोज्दै हुनुहुन्छ वा हेरचाहको निरन्तरताको लागि CCHS बाट निरन्तर चिकित्सा सेवाहरूबाट लाभ उठाउन चाहनुहुन्छ भने, तपाईंलाई त्यो विशिष्ट उपचारको लागि आर्थिक सहयोगको लागि केस-दर-केस आधारमा विचार गरिने छ। यदि तपाईं फ्लोरिडामा उपचार खोजिरहनुभएको छ भने तपाईं अनिवार्य रूपमा CC फ्लोरिडा चिकित्सकको वर्तमान बिरामी हुनुपर्छ।
- **जीवन परिस्थिति आर्थिक सहायता।** क्लिभल्याण्ड क्लिनिकले निर्धारण गरे अनुसार घरबारविहीन वा मृतक (ज्ञात पति वा पत्नी वा सम्पत्ति बिना) बिरामीहरू, जसको बाँकी रहेको रकम वा हेरचाहको एकल एपिसोडहरू छन् जुन अन्यथा यस नीति अन्तर्गत आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुँदैनन्।

मातृ स्याहार। यदि तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ र तपाईंको बीमाले मातृत्वसम्बन्धी लाभहरू उपलब्ध गराउँदैन भने तपाईंले हाम्रो आयसम्बन्धी मापदण्डहरूलाई पूरा गर्दासम्म, तपाईं ओहायोको निवासी वा इन्डियन रिभर, मार्टिन वा साउथ सेन्ट लुसी काउन्टी मध्ये जहाँको भएपनि फ्लोरिडाको निवासी हुँदासम्म र सरकारी कार्यक्रम अन्तर्गत मातृत्वसम्बन्धी लाभहरूका लागि आफू योग्य भएको वा नभएको भनेर निर्धारण गर्नका लागि तपाईं हामीसँग मिलेर काम गर्न स्वीकार गर्दासम्म तपाईं हाम्रो नीति अन्तर्गत आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुनु हुने छ।

शुल्कहरू सामान्यतया बिल लगाइने रकमहरूभन्दा बढी हुने छैनन्। तपाईंले हाम्रो नीतिअन्तर्गत आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ भने तपाईंलाई हामीले आकस्मिक वा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक अन्य स्याहारको लागि व्यवसायिक बीमा, Medicare वा Medicaid कभरेज भएका बिरामीहरूलाई सामान्यतया बिल लगाइने रकमभन्दा बढी शुल्क लगाइने छैन।

हाम्रो नीति र आवेदनका प्रतिहरू कसरी प्राप्त गर्न। तपाईंले हाम्रो नीति र आर्थिक सहायता आवेदन फारामको

प्रति: (1) क्लिभल्याण्ड क्लिनिक को वेबसाइट www.ccf.org/financialassistance मा र (2) हाम्रा भर्ना क्षेत्रहरूमा, हाम्रा आकस्मिक विभागहरूमा वा हाम्रा बिरामी आर्थिक एडभोकेट का कार्यालयहरू मध्ये कुनैमा पनि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले 866.621.6385 मा ग्राहक सेवालाई कल गर्नुभयो वा बिरामी वित्तीय अधिकृतलाई सोध्नुभयो भने, हामी तपाईंलाई हाम्रो वित्तीय सहायता नीतिको प्रतिलिपि, सरल भाषाको सारांश र आवेदन फारम निःशुल्क पठाउने छौं।

सहायताको लागि कसरी आवेदन दिने र प्राप्त गर्न। तपाईंले आवेदनलाई पूरा भरी बुझाएर र आयसम्बन्धी जानकारी उपलब्ध गराएर समयतालिका वा बिलिङ प्रक्रियाको कुनै पनि समयमा आवेदन दिन सक्नुहुन्छ। क्लिभल्याण्ड क्लिनिकले अनुमानित रूपमा योग्यता निर्धारण गर्न तेस्रो पक्ष पनि प्रयोग गर्न सक्छ। कुनै पनि वित्तीय सहायता आवेदन व्यक्तिगत रूपमा पूरा भए पनि, अनलाइन, डेलिभर वा मेलमार्फत, मूल्याङ्कन र प्रक्रियाका लागि राजस्व चक्र व्यवस्थापन टोलीमा पठाइने छ। तपाईंलाई लाग्छ कि तपाईंसँग विनाशकारी, असाधारण वा विशेष चिकित्सा परिस्थितिहरू छन् भने, एक बिरामी वित्तीय अधिकृत वा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिले तपाईंका लागि आवेदन सुरु गर्न सक्छन्। यदि तपाईंलाई आवेदन दिन कुनै मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया हाम्रा सुविधाहरूमा अवस्थित हाम्रा बिरामी वित्तीय अधिकृतहरूलाई सम्पर्क गर्नुहोस् वा 866.621.6385 मा ग्राहक सेवामा कल गर्नुहोस्।

हाम्रो वित्तीय सहायता नीति, आवेदन फारम र यो सारांशका प्रतिलिपिहरू अंग्रेजी, अरबी, स्पेनिश, रूसी, युक्रेनी, नेपाली र क्रियोलमा उपलब्ध छन्। | 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 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, युक्रेनी, नेपाली, हाइटी क्रियोल र क्रियोलमा उपलब्ध छन्। | Kòpi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Reziyme sa a disponib an Anglè, Arab, Panyòl, Ris, Ikranyen, Nepatè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | تتوفر نسخ عن سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والأوكرانية، والنيبالية، والكريولية الهايتية، والكريولية الهايتية. |

खण्ड एक: बिरामीसम्बन्धी जानकारी

आफ्नो पूरा नाम, तपाईंले चिकित्सकीय सेवा प्राप्त गरेको समयमा तपाईंको ठेगाना र यस खण्डमा टिपोट गरिएका अन्य जानकारीलाई स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस् ।

खाता नम्बर _____ सेवाको मिति(हरू) _____

बिरामीको नाम: _____
अन्तिम _____ पहिलो _____ मध्य प्रारम्भिक _____

ठेगाना: _____
नम्बर र स्ट्रीट _____ सहर _____ काउन्टी _____

निवास गर्ने राज्य: _____ जीप कोड: _____ जन्म मिति: _____ / _____ / _____ वैवाहिक स्थिति: ☐ एकल ☐ विवाहित ☐ सम्बन्धविच्छेद भएको

मुख्य फोन नम्बर: (_____) _____ ☐ घर ☐ मोबाइल ☐ कार्यालय ☐ अन्य _____

इमेल ठेगाना: _____

सेवाको मितिको समयमा स्वास्थ्य बीम: _____ ☐ कुनै बीमा छैन ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ अन्य _____

खण्ड दुई: परिवारको आय

आफ्नो स्वयम्, आफ्नो पति/पत्नी र परिवारका अन्य सबै सदस्यहरूको आय उपलब्ध गराउनुहोस् (यदि लागू हुने भएमा) ।

आयको स्रोत	सेवाभन्दा अगाडिका 3 महिनाको कुल आय	सेवाभन्दा अगाडिका 12 महिनाको कुल आय
ज्यालाहरू/स्वरोजगार	\$ _____	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____
पेन्शन, लाभांश, ब्याज, भाडाबाट हुने आय	\$ _____	\$ _____
बेरोजगारी, कामदारहरूको क्षतिपूर्ति	\$ _____	\$ _____
बच्चाको भरणपोषण खर्च (यदि बिरामी इच्छित प्राप्तक भए मात्र)	\$ _____	\$ _____
अन्य	\$ _____	\$ _____

खण्ड तीन: परिवारसम्बन्धी जानकारी र आय

आफ्नो परिवारका सबै सदस्यहरू र उनीहरूको जन्म मिति सूचीबद्ध गर्नुहोस् ।

कृपया तपाईंको घरमा बसोबास गर्ने तपाईंको परिवारमा रहनुभएका सबै मानिसहरूका लागि निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस् । HCAP का प्रयोजनहरूका लागि, परिवारलाई बिरामी, बिरामीको पति/पत्नी र बिरामीको घरमा बसोबास गर्ने बिरामीका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बच्चाहरू (प्राकृतिक वा धर्मसन्तान) को रूपमा परिभाषित गरिएको छ । यदि बिरामी 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको भएमा परिवारमा बिरामी, बिरामीको प्राकृतिक वा धर्मसन्तान राख्ने आमा-बुबा र बिरामीकै घरमा बसोबास गर्ने आमा-बुबाका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका बच्चाहरू (प्राकृतिक वा धर्मसन्तान) लाई समाविष्ट गरिनुपर्नेछ ।

बिरामी सहित परिवारका सदस्यहरूको नाम _____ जन्म मिति _____ बिरामीसँगको नाता _____

- बिराम: _____
- _____
- _____
- _____
- _____

तल हस्ताक्षर गरेर म यो प्रमाणित गर्छु कि यो आवेदनमा र अन्य कुनै पनि संलग्न कागजातहरूमा मैले उल्लेख गरेका सबै कुरा सत्य छन्.

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर: x _____ मिति: _____