

ओहायो अस्पताल स्याहार आम्हासन 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 प्रापक 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।

भएको बीमा भएका बिरामीहरूलाई समावेश गर्दैन।

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

आर्थिक सहायता प्रदान गरिन। 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 हुनैपर्छ: 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 गरिनका 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 गर्नुहुन्छ 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

- **अपवादात्मक परिस्थितिहरू**. तपाईंलाई अत्यधिक व्यक्तिगत वा आर्थिक कठिनाई परेको छ भने आर्थिक सहायताको लागि विचार गरिनका निम्ति तपाईंले हामीलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।
- **विशेष चिकित्सकीय परिस्थितिहरू**. यदि तपाईंले CCHS का चिकित्साकर्मीद्वारा मात्र उपलब्ध गराउन सकिने उपचार खोजिरहनुभएको छ वा तपाईंलाई स्याहारको निरन्तरताको लागि CCHS का निरन्तर चिकित्सकीय सेवाहरूबाट लाभ हुन्छ भने तपाईंलाई उक्त विशेष उपचारको आर्थिक सहायताका लागि मामिलाअनुसार फरक-फरक विचार गरिने छ । यदि तपाईं फ्लोरिडामा उपचार खोजिरहनुभएको छ भने तपाईं अनिवार्य रूपमा CC फ्लोरिडा चिकित्सकको वर्तमान बिरामी हुनैपर्छ ।

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 । तपाईं ग्राहक सेवालार्इ 866.621.6385 मा फोन गरेमा वा बिरामी आर्थिक एडभोकेटसँग अनुरोध गरेमा हामीले तपाईंलाई हाम्रो आर्थिक सहायता नीति, सामान्य भाषा सारांश र आवेदन फारामको प्रति हुलाकमार्फत 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. कुनै पनि वित्तीय सहायता आवेदन व्यक्तिगत रूपमा पूरा भए पनि, अनलाइन, डेलिभर वा मेल मार्फत, 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 अधिवक्ता वा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिले तपाईंका लागि आवेदन सुरु गर्न सक्छन्। तपाईंलाई आवेदन दिन कुनै मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया हाम्रा सुविधाहरूमा अवस्थित हाम्रा बिरामी वित्तीय अधिवक्ताहरूलाई सम्पर्क गर्नुहोस् वा ग्राहक सेवालार्इ 866.621.6385 मा कल गर्नुहोस्।

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. | Копії Політики надання фінансової допомоги, бланка заявки та цього Короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, непальською, гаїтянською креольською та креольською мовами. | हाम्रो वित्तीय सहायता नीति, आवेदन फाराम र यो सारांशको प्रतिलिपिहरू अङ्ग्रेजी, अरबी, स्पेनिश, रूसी, युक्रेनी, नेपाली, हाइटी क्रियोल र क्रियोलमा उपलब्ध छन्। | Kōpi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib an Angle, Arab, Panyòl, Ri, Ikrenyen, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | وهذا الملخص باللغة الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والأوكرانية، والنيبالية، والكريولية الهايتية، والكريولية. |

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 _____

ठेगान: _____
नम्बर र स्ट्रिट _____ सहर _____ काउन्टी _____

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

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

इमेल ठेगान: _____

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
1. बिराम: _____		
2. _____		
3. _____		

4. _____

5. _____

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: _____