

Ohio Hastane Bakım Güvence Programı (HCAP). HCAP Programının bir katılımcısı olarak, Ohio sakini olmanız ve (1) mevcut durumda Genel Destek veya Engellilik Desteği Programlarından faydalanmaya uygun olmanız ya da (2) gelirinizin Federal Yoksulluk Kılavuz İlkelerinin (FPG) %100'üne eşit veya daha düşük olması halinde acil ve diğer tıbben gerekli hizmetleri hastanelerimizde ücretsiz olarak sunmaktayız.

Aşağıda, hastaneleri ve aile sağlığı merkezleri dahil olmak üzere tüm Cleveland Clinic tesislerinde sunulmakta olan mali destek seçeneklerinin bir özeti verilmektedir. Bu özet, Cleveland Clinic Rehabilitasyon Hastaneleri, Seçili Cleveland Hastaneleri, Ashtabula County Tıp Merkezi tesisleri ve Union Hastanesi için geçerli değildir; bu kurumlar kendilerine özgü mali destek politikalarına sahiptir.

Sunulan Mali Destek. Sigortanız yoksa ve ailenizin geliri FPG'nin dört katını aşmıyorsa ve bakım hizmetlerini almak istediğiniz eyaletin (Ohio, Florida veya Nevada) sakiniyseniz acil ve diğer tıbben gerekli bakım hizmetleri için mali desteği normal ücretlerimizden indirim uygulama şeklinde sunmaktayız. Bir Florida sakiniyseniz, aşağıdaki ilçelerde ikamet ediyor olmanız gerekmektedir: Broward, Indian River, Martin veya Güney St. Lucie, aynı zamanda acil hizmetleri veya tıbben gerekli bakımı buralardan talep ediyor olmalısınız (Güneydoğu Florida Tesisleri yalnızca acil bakım hizmetlerini kapsar). Tüm başvuru sahipleri Medicaid kapsamı için taramadan geçirecektir ve mali destek yönünden göz önünde bulundurulmaları için Medicaid temsilcileriyle iş birliği içerisinde çalışmaları gerekmektedir. Politikamız kapsamında mali destek almaya uygun bulunmanız halinde, aşağıdaki gelir kriterlerine bağlı olarak ücretsiz veya indirimli olarak hizmetlerden faydalanabileceksiniz:

- Ailenizin yıllık geliri FPG'nin %250'sine kadar olduğunda, ücretsiz bakım alma hakkına sahip olacaksınız,
- Ailenizin yıllık geliri FPG'nin %251'i ve %400'ü arasında olduğunda, ilgili hizmetler için "genellikle faturalandırılan tutardan" indirim yapılmış şekilde bakım alacaksınız.

Sigortanız olsa dahi sigortanız faydalanmak istediğiniz tıbben gerekli hizmetler için kapsam sunmuyorsa ya da ömür boyu maksimum sigorta avantajlarınızın hepsini tüketmişseniz, gelir kriterlerimizi karşıladığınız sürece mali destek almaya uygun olacaksınız.

Destekten Faydalanmanın Diğer Yolları. Yukarıdaki gelir kriterlerini karşılamıyorsanız, aşağıdaki koşullar altında sigortalılık durumunuz veya ikamet ettiğiniz eyaletten bağımsız olarak her bir vaka ayrıca ele alınacak şekilde mali destek için değerlendirilebilirsiniz:

- **Yıkıcı Bakiye.** Bir bakım olayı için biriken ücretler açısından Cleveland Kliniği'ne ödemeniz gereken bakiye Ailenizin Yıllık Gelirinin %15'inden daha fazlasına karşılık geliyorsa.
- **İstisnai Koşullar.** Aşırı seviyelerde kişisel veya mali zorluklar

yaşıyorsanız, mali destek için değerlendirilmek üzere bizimle iletişime geçebilirsiniz.

- **Özel Tıbbi Koşullar.** Yalnızca CCHS sağlık personeli tarafından sağlanabilecek bir tedaviyi görmek istiyorsanız ya da bakım devamlılığı için CCHS tarafından sunulan sürekli tıbbi hizmetlerden faydalanacaksanız bu durum ilgili tedavi için mali destek yönünden her bir vaka ayrıca ele alınacak şekilde değerlendirilecektir. Florida'da tedavi görmek istemeniz halinde, halihazırda bir CC Florida hekiminin hastası olmanız gerekmektedir.

Anne Bakımı. Gebeyseniz ve sigortanız annelik hizmetleri faydalarını kapsamıyorsa, gelir kriterlerimizi karşılamamız, Ohio ya da Florida'nın Indian River, Martin veya Güney St. Lucie ilçelerinin sakini olmanız ve bir devlet programı kapsamı için uygunluğunuzun belirlenmesi için bizimle birlikte çalışmayı kabul etmeniz halinde mali destek almaya uygun bulunabilirsiniz.

Ücretler Genellikle Faturalanan Tutarları Aşmayacaktır.

Politikamız kapsamında mali destek almanız halinde, sizden acil veya diğer tıbben gerekli bakım hizmetleri için ticari sigorta, Medicare veya Medicaid kapsamından faydalanan hastalara genellikle faturalandırdığımız tutardan daha fazlası talep edilmeyecektir.

Politikamızın ve Başvuru Formunun Nüshalarına Erişim.

Politikamızın ve Mali Destek Başvuru formumuzun nüshalarına: (1) Cleveland Kliniği'nin www.ccf.org/financialassistance adresindeki web sitesinden ve (2) hasta kayıt alanlarımızdan, acil departmanlarımızdan ya da Hasta Mali Destek Sorumlularımızın ofislerinden ulaşabilirsiniz. 866.621.6385 numaralı telefondan Önce Hastalar Destek Hizmetleri'ni aramanız ya da bir Hasta Mali Destek Sorumlusundan istemeniz halinde size Mali Destek Politikamız, sade dilde hazırlanmış özet ve başvuru formunun nüshalarını ücretsiz olarak sağlayabiliriz.

Destek Başvurusunda Bulunulması ve Destekten

Faydalanılması. Bir başvuruyu doldurup göndererek ve gelir bilgilerinizi sağlayarak planlama veya faturalandırma sürecinin herhangi bir aşamasında başvuruda bulunabilirsiniz. İster yüz yüze, ister çevrim içi ortamda doldurulmuş, ister iletilmiş veya postayla gönderilmiş olsun tüm Mali Destek Başvuruları değerlendirme ve işleme alma için Önce Hastalar Destek Hizmetleri ekibine (PFSS) yönlendirilecektir. Yıkıcı, istisnai veya özel tıbbi koşullar altında olmanız halinde bir Hasta Mali Destek Sorumlusu veya Önce Hastalar Destek Hizmetleri temsilcisi sizin için başvuru sürecini başlatabilir. Başvuruda bulunma süreci ile ilgili olarak herhangi bir desteğe ihtiyacınızın olması halinde, tesislerimizde bulunan Hasta Mali Destek Sorumluları ile iletişime geçebilirsiniz veya 866.621.6385 numaralı telefondan Önce Hastalar Destek Hizmetleri ile iletişime geçebilirsiniz.

Copies of our Financial Assistance Policy, Application Form, and this Summary are available in English, Arabic, Spanish, Turkish and Creole.

Las copias de nuestra Política de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en Español.

Finansal Yardım Politikamızın, Başvuru Formunun ve bu Özeti kopyaları İngilizce, Arapça, İspanyolca, Türkçe ve Kreole dillerinde mevcuttur.

Kopi Politik Éd Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib nan lang Anglè, Arab, Panyòl, Kreyòl Ayisyen.

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص، باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والكريول

Doldurduđunuz başvuru formunu aşağıdaki adrese gönderin: **Patients First Support Services – Cleveland Clinic**
6801 Brecksville Rd., RK2-3, Independence, OH 44131-9980

Rev. 2/2021



BİRİNCİ BÖLÜM: HASTA BİLGİLERİ

Tam adınızı, tıbbi hizmetten faydalandığınız zamandaki adresinizi ve bu bölümde istenen diğer bilgileri matbu harflerle yazın.

Hesap Numarası: _____ Hizmet Tarihi/Tarihleri: _____

Hasta Adı: _____
SOYADI ADI İKİNCİ ADIN BAŞ HARFI

Adres: _____
NUMARA VE CADDE ŞEHİR İLÇE

İkamet Edilen Eyalet: _____ Posta Kodu: _____ Doğum Tarihi: ____ / ____ / ____ Medeni Durum: Bekâr Evli Boşanmış

Birincil Telefon Numarası: (_____) _____ Ev Cep İş Diğer _____

E-posta Adresi: _____

Hizmet tarihinde geçerli olan sağlık sigortası: _____ Sigorta Yok Medicare Medicaid Diğer _____

İKİNCİ BÖLÜM: AİLE GELİRİ

Kendiniz, eşiniz ve ailenizin diğer fertlerinin (geçerliyse) gelirini belirtin.

| Gelir Kaynağı | Hizmetten Önceki 3 Ay için Toplam | Hizmetten Önceki 12 Ay için Toplam |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| Maaş/Serbest Çalışma | | |
| Sosyal Güvenlik | | |
| Emeklilik, Kâr Payı, Faiz, Kira Geliri | | |
| İşsizlik Tazminatı, İşçi Tazminatı | | |
| Çocuk Desteği (yalnızca ilgili alıcı hasta ise) | | |
| Diğer | | |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: AİLE BİLGİLERİ VE GELİRİ

Hanenizdeki tüm aile fertlerinizi doğum tarihleriyle birlikte listeleyin.

Lütfen yakın ailenizden evinizde yaşayan tüm kişiler için aşağıdaki bilgileri sağlayın. HCAP amaçları kapsamında, aile; hasta, hastanın eşi ve hastanın evinde yaşayan 18 yaş altındaki tüm çocukları (öz veya evlat edinilmiş) olarak tanımlanır. Hasta 18 yaşından küçükse, aile ifadesi, hastayı, hastanın öz veya evlat edinme yoluyla yasal bağı olan ebeveyni/ebeveynleri ve ebeveynlerin evde yaşayan ve 18 yaşının altındaki tüm öz veya evlatlık çocuklarını kapsayacaktır.

Hasta dahil aile fertlerinin adı Doğum Tarihi Hastaya Yakınlığı

1. Hasta: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Aşağıdaki imzam ile bu başvuru formunda ve eklerinde verdiğim tüm bilgilerin doğru olduğunu tasdik ederim.

Sorumlu Tarafın İmzası: x _____ Tarih: _____