



Programa de Seguro Médico Hospitalario (HCAP) de Ohio. Como participante del Programa de Seguro Médico Hospitalario (Hospital Care Assurance Program, HCAP), le ofrecemos servicios de atención de urgencia y otros servicios hospitalarios necesarios sin cargo si usted reside en Ohio y (1) actualmente es un beneficiario elegible de los programas de ayuda general o ayuda por discapacidad, o bien si (2) sus ingresos son iguales o inferiores al 100 % de los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG).

El siguiente es un resumen de la asistencia financiera disponible en todas las instalaciones de la Cleveland Clinic, incluso sus hospitales y centros de salud familiares. Este resumen no es aplicable a las instalaciones de la Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals, Select Cleveland Hospitals, Ashtabula County Medical Center y Union Hospital que tienen sus propias políticas de asistencia financiera.

Asistencia financiera ofrecida. Si no posee seguro, brindamos asistencia financiera para casos de emergencia y otro tipo de atención médica necesaria como un descuento de nuestros cargos normales si su ingreso familiar no excede el cuádruple de los FPG y usted reside en el estado en el cual está buscando asistencia (Ohio, Florida o Nevada). Si usted es residente de Florida, usted debe residir en los siguientes condados: Broward, Indian River, Martin o St. Lucie del sur y debe estar buscando servicios de emergencia o atención médica necesaria (solo los centros del sudeste de Florida cubren servicios de atención de emergencia). Todos los solicitantes serán evaluados para determinar si pueden recibir cobertura de Medicaid y deberán cooperar con los representantes de Medicaid para ser considerados para la asistencia financiera. Si es elegible para obtener asistencia financiera conforme a nuestra Política, recibirá atención gratuita o con descuento de acuerdo con el siguiente criterio de ingresos:

- Si su ingreso familiar anual llega al 250 % de los FPG, recibirá atención médica gratuita.
- Si su ingreso familiar anual está entre el 251 % y el 400 % de los FPG, recibirá atención médica con descuento sobre el monto que generalmente facturamos a los pacientes con seguro por dichos servicios.
- Solo para las instalaciones del este central de Florida: Los pacientes sin seguro que, de otro modo, no reunirían los requisitos para recibir asistencia financiera son elegibles para un descuento del 50 % aplicado a los gastos brutos.

Incluso si tiene seguro, siempre y cuando cumpla con nuestro criterio de inclusión, será elegible para la asistencia financiera si: su seguro no brinda cobertura para los servicios médicos necesarios que está buscando o si ha agotado el máximo de beneficios del seguro de por vida.

Maneras alternativas de reunir los requisitos. Si no cumple con los criterios de ingresos mencionados anteriormente, sin importar su estado de seguro o estado de residencia, se lo considerará en base a cada caso en particular para recibir la asistencia financiera bajo las siguientes circunstancias:

- **Saldo catastrófico.** Si tiene un saldo adeudado a la Cleveland Clinic mayor

al 15 % de su ingreso anual familiar, se lo considerará para recibir asistencia financiera.

- **Circunstancias excepcionales.** Si está atravesando una dificultad personal o financiera extrema, puede contactarnos para que lo consideremos para la asistencia financiera.
- **Circunstancias médicas excepcionales.** Si está buscando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico de CCHS o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCHS para continuidad de la atención médica, se lo considerará como un caso particular para brindarle asistencia financiera para ese tratamiento específico. Si está buscando tratamiento en Florida, usted debe ser un paciente actual de un médico de CC de Florida.

Atención médica por maternidad. Si usted está embarazada y su seguro no brinda beneficios por maternidad, será elegible para recibir ayuda financiera según nuestra política, siempre que cumpla con los requisitos de ingresos, sea residente de Ohio o de Florida de los condados de Indian River, Martin o St. Lucie del sur, acepte cooperar con nosotros para determinar si es elegible para recibir beneficios por maternidad bajo un programa gubernamental.

Los cargos no excederán los montos generalmente facturados. Si recibe asistencia financiera conforme a nuestra política, no se le facturará más por atención de urgencia u otro tipo de atención médica necesaria que el monto que generalmente facturamos a pacientes que tienen un seguro comercial o cobertura Medicare.

Cómo obtener una copia de nuestra Política y de la Solicitud. Puede obtener una copia de nuestra Política y el formulario de solicitud de Asistencia Financiera de este modo: (1) en el sitio web de la Cleveland Clinic en www.ccf.org/financialassistance, y (2) en nuestras áreas de admisión, nuestros departamentos de emergencias o cualquiera de las oficinas de nuestros asesores financieros para pacientes. Si llama a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 772.567.4311 x1169 o consulta a un asesor financiero para pacientes, le enviaremos por correo una copia de la Política de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud sin cargo.

Cómo solicitar y obtener asistencia. Usted puede solicitar en cualquier punto del programa o del proceso de facturación al completar y enviar una solicitud y brindar información sobre los ingresos. Cualquier Solicitud de Asistencia Financiera ya sea que se complete en persona, en línea, se entregue o se envíe por correo, será reenviada al equipo de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente para evaluación y procesamiento. Si cree que está atravesando circunstancias médicas especiales, excepcionales o catastróficas, un asesor financiero para pacientes o representante de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente puede comenzar el proceso de solicitud por usted. Si necesita ayuda para presentar la solicitud, comuníquese con nuestros asesores financieros para pacientes que se encuentran en nuestras instalaciones o llame a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 772.567.4311 x1169.

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

Las copias de nuestra Política de Asistencia Financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en inglés, árabe, español, criollo haitiano, chino simplificado, chino tradicional y ruso.

Kopi Politik Èd Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib nan lang Anglè, Arab, Panyòl, Kreyòl Ayisyen, Chinwa Senplifye, Chinwa Tradisyonèl, ak Ris.

我们的资金援助政策、申请表和本摘要的副本有英文版、阿拉伯文版、西班牙文版、海地克里奧爾文版、简体中文版、繁体中文版和俄語版。

我們的經濟援助政策、申請表格及本總結的副本有英文、阿拉伯文、西班牙文、海地克里奧爾文、簡體中文、繁體中文及俄文版本。

Копии Политики оказания финансовой помощи, Формы заявления и настоящего Резюме доступны на английском, арабском, испанском, гаитянский креольский язык, упрощенный китайский, традиционный китайский и русский.

تتوفر نسخ من سياسة المساعدة المالية ونموذج الطلب وهذا الملخص باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والكريولية الهايتية، والصينية المبسطة، والصينية التقليدية، والروسية.

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba en letra de imprenta su nombre completo, la dirección en la que se encontraba al momento de recibir el servicio médico y otra información detallada en esta sección.

Número de cuenta _____ Fecha(s) del servicio _____

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____
NUMERO Y CALLE CIUDAD PAÍS

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado

Número telefónico principal: (____) _____ Hogar Celular Trabajo Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro de salud a la fecha del servicio: _____ Sin seguro Medicare Medicaid Otro _____

SECCIÓN DOS: INGRESO FAMILIAR

Proporcione datos de sus ingresos, de su cónyuge y de todos los demás miembros de su familia (si corresponde).

Fuente de ingresos	Total en los 3 meses anteriores a la fecha del servicio	Total en los 12 meses anteriores a la fecha del servicio
Salario/Independiente	\$ _____	\$ _____
Seguro social	\$ _____	\$ _____
Pensión, dividendos, intereses, ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____
Seguro de desempleo, compensación al trabajador por accidentes	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil (únicamente si el paciente es el destinatario previsto)	\$ _____	\$ _____
Otras	\$ _____	\$ _____

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FAMILIAR E INGRESOS

Mencione todos los miembros de la familia que viven en su casa y sus fechas de nacimiento.

Brinde la siguiente información para todas las personas de su familia cercana que viven en su casa. A los fines del Programa HCAP, la familia incluye al paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptivos) que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente, y los hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos) de los padres que viven en la casa del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluido el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el paciente _____

1. Paciente: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Al firmar a continuación, certifico que la información declarada en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadera.

Firma de la persona responsable: x _____ Fecha: _____

Envíe su solicitud completa a: [Patients First Support Services – Cleveland Clinic](#)

1000 36th Street, Vero Beach, FL 32960