

- **الظروف الاستثنائية.** إذا كنت تمر بضائقة شخصية أو مالية شديدة، فيمكنك الاتصال بنا ليتم النظر في أمر حصولك على مساعدة مالية.
- **الظروف الطبية الخاصة.** إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن توفيره إلا من خلال الفريق الطبي بالنظام الصحي لكليفلاند كلينك أو أنك ستستفيد من الخدمات الطبية المستمرة المقدمة من النظام الصحي لكليفلاند كلينك لمواصلة الرعاية، فسيتم النظر في حالتك حسب ظروف كل حالة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد. إذا كنت تطلب العلاج في فلوريدا، فيتعيّن أن تكون مريضاً حالياً لدى طبيب بمستشفى كليفلاند كلينك بفلوريدا.

رعاية الأمومة. إذا كنت حاملاً ولا يقدم تأمينك مساعدات أمومة، فستكونين مؤهلة لتلقي المساعدة المالية بموجب سياستنا، شريطة أن تحققي معايير الدخل الخاصة بسياستنا وتكوني مقيمة في ولاية أوهايو أو فلوريدا إما في مقاطعة إنديان ريفر أو مارتن أو جنوب سانت لويس وتوافق على التعاون معنا لتحديد ما إذا كنت مؤهلة لتلقي مساعدات الأمومة بموجب أي برنامج حكومي.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ التي تُطلب في العادة. إذا تلقيت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن يُطلب منك تسديد مقابل الرعاية الطارئة أو الرعاية الأخرى الضرورية طبيًا بأكثر من المبلغ الذي نطلبه في العادة من المرضى ممن لديهم تأمين تجاري أو تغطية بموجب برنامج Medicare.

كيفية الحصول على نسخ من سياستنا وطلب التقدم. يجوز لك الحصول على نسخة من سياستنا ونموذج طلب المساعدة المالية: (1) من موقع كليفلاند كلينك الإلكتروني عبر www.ccf.org/financialassistance، و(2) في أماكن القبول لدينا، أو في أقسام الطوارئ لدينا، أو في أي من مكاتب الداعمين الماليين للمرضى عندنا. إذا كنت تتصل على خدمات الدعم الأولي للمرضى على الرقم 866.621.6385 أو تسأل أحد الداعمين الماليين، فإننا سنرسل لك نسخة من سياسية المساعدة المالية وملخص بلغة سهلة ونموذج الطلب مجاناً عبر البريد.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. يمكنك التقدم في أي مرحلة من مراحل عملية تحديد المواعيد أو إعداد الفواتير عن طريق استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن الدخل. إن أي طلب للمساعدة المالية سواء تم استيفائه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسليمه أو إرساله بالبريد سيتم إعادة توجيهه إلى فريق خدمات الدعم الأولي للمرضى للتقييم والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية خاصة كارثية أو استثنائية، فيمكن أن يقدم أحد الداعمين الماليين للمرضى أو ممثل خدمات الدعم الأولي للمرضى طلبًا لك. إذا احتجت إلى أي مساعدة في تقديم الطلب، فيرجى الاتصال بالداعمين الماليين للمرضى عندنا الموجودين في مرافقنا أو الاتصال بخدمات الدعم الأولي للمرضى على الرقم 866.621.6385.

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP). بصفتك أحد المشاركين في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP)، فنحن نقدم لك خدمات طوارئ وخدمات أخرى ضرورية طبيًا على مستوى المستشفى مجانًا إذا كنت مقيمًا في ولاية أوهايو وإذا توفر لديك أحد الشرطين التاليين: (1) إذا كنت من المؤهلين حالياً لتلقي برنامج المساعدة العامة أو برنامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك عند 100% من مستوى الخطوط التوجيهية للفقر الفيدرالية (FPG) أو دونه.

في ما يلي ملخص للمساعدة المالية متاح في مرافق مؤسسة كليفلاند كلينك بما في ذلك المستشفيات ومراكز صحة الأسرة. لا ينطبق هذا الملخص على مرافق Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals، وAshtabula County Medical Center، والتي لديها سياسات المساعدة المالية الخاصة بها.

المساعدة المالية المقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية في الطوارئ والرعاية الأخرى الضرورية طبيًا كخضوعك من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي وكنتم تقيم في الولاية التي تطلب فيها الرعاية (أوهايو أو فلوريدا أو نيغادا). إذا كنت مقيمًا في فلوريدا، فيجب أن تكون مقيمًا في المقاطعات التالية: بروارد، أو إنديان ريفر، أو مارتن، أو جنوب سانت لويس وتطلب خدمات الطوارئ أو الرعاية الضرورية طبيًا (تغطي مرافق جنوب شرق فلوريدا خدمات رعاية الطوارئ فقط). سيتم فحص أوراق جميع المتقدمين بالطلبات المستحقين لتغطية برنامج Medicare، ويجب عليهم التعاون مع ممثلي برنامج Medicare ليتم النظر في حصولهم على المساعدة المالية. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستتلقى مساعدة مجانية أو مخفضة الأجر طبقاً لمعايير الدخل التالية:

- إذا كان دخل أسرتك السنوي يصل إلى 250% من مستوى خط الفقر الفيدرالي، فستتلقى رعاية مجانية.
- إذا كان دخل أسرتك السنوي يقع بين 251% و 400% من خط الفقر الفيدرالي، فستتلقى رعاية مخفضة حتى المبلغ الذي تقوم بصفة عامة بتحرير فواتير به للمرضى المؤمن عليهم للحصول على هذه الخدمات.
- لمرافق وسط شرق فلوريدا فقط: المرضى غير المؤمن عليهم والذين يعتبرون غير مؤهلين للمساعدة المالية مؤهلين للحصول على خصم 50% من إجمالي التكاليف.
- حتى إذا كنت تتمتع بتغطية تأمينية، طالما أنك تفي بمعايير الدخل لدينا، فستكون مؤهلاً لتلقي المساعدة المالية إذا كان تأمينك لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبيًا التي تتشدها أو أنك قد استنفدت الحد الأقصى من مساعدات التأمين على مدار فترة حياتك.
- طرق إضافية للتأهل.** إذا لم تستوف معايير الدخل الواردة أعلاه، بصرف النظر عن حالتك التأمينية أو الولاية التي تقيم فيها، فسيتم دراسة كل حالة على حدة للحصول على المساعدة المالية بموجب الظروف التالية:
- **الرصيد الكارثي.** إذا كان لديك رصيد مدين لكليفلاند كلينك يزيد عن 15% من دخل أسرتك السنوي، فسيتم دراسة حصولك على المساعدة المالية.

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、海地克里奥尔文版、简体中文版、繁体中文版和俄语版。

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.

القسم الأول: معلومات المريض

اكتب اسمك كاملاً وعنوانك في وقت الحصول على الخدمة الطبية وغيرها من المعلومات المحددة بهذا القسم بحروف واضحة.

رقم الحساب _____ تواريخ الخدمة _____

اسم المريض: _____ اسم العائلة _____ الاسم الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____

العنوان: _____ الرقم والشارع _____ المدينة _____ الدولة _____

الولاية محل الإقامة: _____ الرمز البريدي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق

رقم الهاتف الرئيسي: _____ (_____) _____ المنزل الجوال العمل غير ذلك _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التأمين الصحي وقت تاريخ الخدمة: لا يوجد تأمين Medicare Medicaid غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل الأسرة

أدخل بيانات ذلك ودخل الزوجة وجميع أفراد الأسرة الآخرين (إذا كان ينطبق).

مصدر الدخل	إجمالي 3 شهور قبل الخدمة	إجمالي 12 شهراً قبل الخدمة
الأجور/عمل حر	\$	\$
الضمان الاجتماعي	\$	\$
معاش التقاعد، حصص الأرباح، الفوائد، الدخل من الإيجار	\$	\$
البطالة وتعويض العمال	\$	\$
دعم الطفل (فقط إذا كان المريض المتلقي المقصود)	\$	\$
غير ذلك	\$	\$

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

قائمة بجميع أفراد الأسرة في منزلك وتواريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية لجميع الأفراد في أسرتك المباشرة الذين يعيشون في منزلك. في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى، يشير مصطلح الأسرة إلى المريض وزوجة المريض وجميع أبناء المريض دون 18 عاماً (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون 18 عاماً، سيُشمل تعريف الأسرة كلاً من المريض وأبوي المريض الطبيعيين أو بالتبني وأطفال الآباء دون 18 عاماً (الطبيعيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض.

أسماء أفراد الأسرة بمن فيهم المريض	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض
1. المريض: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

بتوقيعي أدناه، أقر بصحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات.

توقيع الطرف المسؤول: _____ التاريخ: _____