

برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى في أوهايو (HCAP). بصفتنا أحد المشاركين في برنامج تأمين الرعاية بالمستشفى (HCAP)، نقدم لك الخدمات الضرورية طبيًا في مستشفينا مجانًا إذا كنت مقيمًا في ولاية أوهايو وإذا (1) كنت من المؤهلين حاليًا وفقًا لبرنامج المساعدة العامة أو برامج مساعدة الإعاقة، أو (2) إذا كان دخلك عند 100% من الخطوط التوجيهية لدخل الفقر الفيدرالي (FPG) أو دونه.

فيما يلي ملخص للمساعدة المالية المتاحة في مستشفى كليفلاند كلينيك لإعادة التأهيل.

المساعدة المالية المقدمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فإننا نقدم المساعدة المالية للرعاية الضرورية طبيًا كخصم من مصاريفنا الطبيعية إذا كان دخل أسرتك لا يتجاوز أربعة أضعاف خط الفقر الفيدرالي وكانت تقيم في أوهايو. ستخضع طلبات جميع المتقدمين بالطلبات المستحقين لتغطية برنامج Medicare للفحص، ويجب عليهم التعاون مع ممثلي برنامج Medicare للنظر في حصولهم على المساعدة المالية. إذا كنت مؤهلًا للحصول على مساعدة مالية بموجب سياستنا، فستحصل على مساعدة مجانية أو مُخفّضة وفقًا لمعايير الدخل التالية:

- إذا كان دخل أسرتك السنوي حتى 250% من خط الفقر الفيدرالي، فستلقت رعاية مجانية،

- وإذا كان دخل أسرتك السنوي يتراوح ما بين 251% و400% من خط الفقر الفيدرالي، فستلقت رعاية مُخفّضة حتى قيمة المبلغ الذي نطلبه من المرضى المؤمن عليهم عمومًا مقابل هذه الخدمات.

حتى إذا كنت تملك تغطية تأمينية، فطالما أنك تستوفي معايير الدخل التي نطبقها، ستكون مؤهلًا للحصول على المساعدة المالية إذا كان: تأمينك لا يوفر تغطية للخدمات الضرورية طبيًا التي نطلبها، أو إذا كنت قد استنفذت الحد الأقصى من مزايا التأمين على مدار فترة حياتك.

طرق إضافية للتأهل. إذا لم تستوف معايير الدخل الواردة أعلاه، فيغض النظر عن حالتك التأمينية أو الولاية التي تقيم فيها، سنقيم كل واحد من طلباتك للحصول على المساعدة المالية لكل حالة على حدة وفقًا للظروف التالية:

- **الظروف الاستثنائية.** إذا كنت تمر بضائقة شخصية أو مالية شديدة، فإمكانك التواصل معنا لتقييم طلب حصولك على المساعدة المالية.

- **الظروف الطبية الخاصة.** إذا كنت تطلب العلاج الذي لا يمكن توفيره إلا من خلال الطاقم الطبي في مستشفى كليفلاند كلينيك لإعادة التأهيل أو أنك ستستفيد من الخدمات الطبية المستمرة المقدمة من مستشفى كليفلاند كلينيك لإعادة التأهيل لمواصلة الرعاية، فسيتم النظر في حالتك حسب ظروف كل حالة للحصول على المساعدة المالية لهذا العلاج المحدد.

لن تتجاوز الرسوم المبالغ المفروضة عموماً. إذا تلقت مساعدة مالية بموجب سياستنا، فلن يُطلب منك تسديد مقابل الرعاية الضرورية طبيًا بأكثر من المبلغ الذي نطلبه في العادة من المرضى الذين لديهم تغطية بموجب برنامج Medicare.

كيفية الحصول على نسخ من سياستنا وطلب التقدم. بإمكانك الحصول على نسخة عن سياستنا وعن نموذج طلب المساعدة المالية: (1) من موقع كليفلاند كلينيك الإلكتروني على الرابط www.ccf.org/financialassistance و(2) في مناطق دخول المستشفى لدينا. إذا اتصلت بالمكتب المركزي لأعمالنا على 866.284.0235، فسوف نرسل لك بالبريد نسخة من سياسة المساعدة المالية والملخص بسيط اللغة ونموذج الطلب بدون مقابل.

كيفية التقدم والحصول على المساعدة. يمكنك التقدم في أي مرحلة من مراحل عملية تسجيل الدخول أو إعداد الفواتير عن طريق استيفاء طلب وإرساله وتقديم معلومات عن الدخل. أي طلب مساعدة مالية سواء تم استيفاءه بصفة شخصية أو عبر الإنترنت أو تسليمه أو إرساله بالبريد سيتم إعادة توجيهه إلى فريق المكتب المركزي للأعمال للتقديم والمعالجة. إذا كنت تعتقد أن لديك ظروفًا طبية خاصة أو استثنائية، يمكن أن يقدم أحد الممثلين طلبًا لك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في تقديم الطلب، يرجى الاتصال بقسم الدخول لدينا الموجود في مرافقنا أو اتصل بمكتب الأعمال المركزي على الرقم 866.284.0235.

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

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

توفر نسخ من سياسة المساعدة المالية، ونموذج الطلب، وهذا الملخص، باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والكريو

أعد طلبك بعد استيفائه إلى: Cleveland Clinic -IP Rehab Central Business Office

(866) 284-0235 P.O. Box 932923, Cleveland, OH 44193

القسم الأول: معلومات المريض

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

رقم الحساب _____ تاريخ/تواريخ الخدمة _____

اسم المريض: _____

الأخير _____ الأول _____ الحروف الأولى من اسم الأب _____

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 في وقت تاريخ الخدمة: ☐ لا يوجد تأمين ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ غير ذلك _____

القسم الثاني: دخل الأسرة

أدخل بيانات دخلك ودخل الزوج/الزوجة وجميع أفراد الأسرة الآخرين (إذا كان ينطبق).

مصدر الدخل	الإجمالي لمدة 3 أشهر قبل تلقي الخدمة	الإجمالي لمدة 12 شهراً قبل تلقي الخدمة
الأجور/العمل الحر	\$ _____	\$ _____
الضمان الاجتماعي	\$ _____	\$ _____
معاش التقاعد، وحصل الأرباح، والفوائد، والدخل من الإيجار	\$ _____	\$ _____
البطالة وتعويض العمال	\$ _____	\$ _____
مساعدات الأطفال (فقط إذا كان المريض هو المُتلقّي المقصود)	\$ _____	\$ _____
غير ذلك	\$ _____	\$ _____

القسم الثالث: معلومات الأسرة والدخل

قائمة بجميع أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك وتواريخ ميلادهم.

يُرجى تقديم المعلومات التالية عن جميع أفراد أسرتك المباشرة الذين يعيشون في منزلك. لأغراض HCAP، يشير مصطلح الأسرة إلى المريض، وزوج/زوجة المريض، وجميع أبناء المريض دون الثامنة عشرة من العمر (الطبيين أو بالتبني) الذين يعيشون في منزل المريض. إذا كان المريض دون الثامنة عشرة، فسيشمل تعريف الأسرة كلاً من المريض، وأيّ من أبوي المريض الطبيين أو بالتبني أو كلاهما، وأبناء أيٍّ من الأبوين أو كلاهما الذين هم دون الثامنة عشرة (الطبيين 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، أنا أشهد على صحة جميع ما ذكرته في هذا الطلب وفي أي مرفقات.

توقيع الطرف المسؤول: X _____ التاريخ: _____