

**Programa de Seguro Médico Hospitalario (Hospital Care Assurance Program, HCAP) de Ohio.** Como participante del Programa HCAP, le ofrecemos servicios médicamente necesarios en nuestros hospitales sin cargo si usted reside en Ohio y si (1) actualmente es un beneficiario elegible de los programas de Asistencia General o Asistencia 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 asistencia financiera disponible en Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital.

**Asistencia financiera ofrecida. Si no posee seguro,** brindamos asistencia financiera para 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 Ohio. 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 sus ingresos familiares anuales llegan al 250 % del FPG, recibirá atención médica gratuita.
- Si sus ingresos familiares anuales están entre el 251 % y el 400 % del FPG, recibirá atención médica con descuento sobre la cantidad que generalmente cobramos a los pacientes con seguro por dichos servicios.

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 el criterio de ingresos mencionado, sin importar su estado de seguro o estado de residencia,** se le considerará en base a cada caso en particular para **recibir la asistencia financiera bajo las siguientes circunstancias:**

- **Circunstancias excepcionales.** Si está atravesando una dificultad económica personal o financiera extrema, puede contactarnos para que lo consideremos para la asistencia financiera.

- **Circunstancias médicas especiales.** Si está buscando tratamiento que solo puede brindarle el personal médico de CCRH o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCRH para continuidad de la atención médica, se lo considerará como un caso particular para brindarle asistencia financiera para ese tratamiento específico.

**Los cargos no excederán los montos generalmente facturados.** Si recibe asistencia financiera conforme a nuestra Política, no se le facturará más por atención médica necesaria que el monto que generalmente facturamos a pacientes que tienen 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 Cleveland Clinic en [www.ccf.org/financialassistance](http://www.ccf.org/financialassistance), y (2) en nuestras áreas de admisión. Si llama a nuestra Oficina Comercial Central al 866.284.0235, le enviaremos por correo una copia de nuestra Política de Asistencia Financiera, un resumen escrito en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud sin cargo.

**Cómo solicitar y obtener asistencia. Usted puede solicitar asistencia en cualquier punto del proceso de admisión o de facturación, para lo cual deberá llenar y enviar una solicitud y brindar información sobre los ingresos. Cualquier Solicitud de Asistencia Financiera ya sea que se complete en persona, en línea, que se entregue o se envíe por correo, será remitida al equipo de la Oficina Comercial Central para evaluación y procesamiento. Si considera que está atravesando circunstancias médicas especiales o excepcionales, un representante puede comenzar el proceso de solicitud por usted. Si necesita ayuda con la solicitud, comuníquese con nuestro departamento de admisiones, ubicado en nuestras instalaciones o llame a nuestra Oficina Comercial Central al 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 Asistencia 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، والكوريو*

**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

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha(s) del servicio \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBREDirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
NÚMERO Y CALLEEstado de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ DivorciadoNúmero de teléfono 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 servicio	Total en los 3 meses anteriores a la fecha del servicio	Total en los 12 meses anteriores a la fecha del
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)	\$ _____	\$ _____
Otros	\$ _____	\$ _____

**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. Para fines del Programa HCAP, la familia incluye al paciente, al 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: \_\_\_\_\_