

Програма забезпечення лікарняної допомоги штату Огайо (Ohio Hospital Care Assurance Program, HCAP). Як учасник Програми HCAP, ми пропонуємо послуги невідкладної або іншої необхідної з медичної точки зору допомоги в наших лікарнях безкоштовно, якщо ви проживаєте в штаті Огайо і (1) наразі маєте право на отримання допомоги за Програмами загальної допомоги або допомоги інвалідам, або (2) ваш дохід становить 100 % або нижче від рівня прожиткового мінімуму згідно з федеральними рекомендаціями (Federal Poverty Guidelines, FPG).

Нижче наведено короткий огляд фінансової допомоги, доступної в усіх закладах клініки Клівленда, включно з лікарнями та сімейними медичними центрами. Цей короткий огляд не застосовується до реабілітаційних лікарень клініки Клівленда, вибраних лікарень Клівленда та закладів регіонального медичного центру Ештабула, які мають власну політику фінансової допомоги.

Фінансова допомога, що пропонується. Якщо у вас немає страхування, ми надаємо фінансову допомогу щодо послуг невідкладної або іншого необхідного з медичної точки зору обслуговування у вигляді знижки на наші звичайні тарифи, якщо дохід вашої сім'ї не перевищує чотирикратний розмір FPG, і ви

є резидентом штату, в якому звертається за допомогою (Огайо, Флорида або Невада). Якщо ви є резидентом Флориди, ви повинні проживати в таких округах: Бровард, Індіан-Рівер, Мартін або Сент-Люсі та потребувати послуг невідкладної або іншої необхідної з медичної точки зору допомоги (заклади Південно-Східної Флориди покривають лише послуги невідкладної допомоги). Усі заявники будуть перевірені на предмет покриття Medicaid і повинні співпрацювати з представниками Medicaid, щоб мати можливість отримати фінансову допомогу. Якщо ви маєте право на фінансову допомогу за нашою Політикою, ви отримаєте безкоштовну або пільгову допомогу відповідно до таких критеріїв доходу:

- Якщо ваш річний дохід сім'ї становить до 250 % від FPG, ви отримаєте безкоштовну допомогу.
- Якщо ваш річний дохід сім'ї становить від 251 % до 400 % від FPG, ви отримаєте допомогу зі знижкою до суми, на яку ми зазвичай виставляємо рахунок застрахованим пацієнтам за такі послуги.

Навіть при наявності страхування, якщо ви відповідаєте нашим критеріям щодо доходу, ви матимете право на фінансову допомогу, якщо: ваше мережеве страхування не забезпечує покриття необхідних з медичної точки зору послуг, яких ви потребуєте, або ви вичерпали свій максимальний розмір страхових пільг протягом життя.

Додаткові способи відповідності критеріям. Якщо ви не відповідаєте наведеним вище критеріям щодо доходу, незалежно від вашого статусу страхування або штату проживання, вашу заявку на отримання фінансової

допомоги розглянуть в індивідуальному порядку за таких обставин:

- **Критична заборгованість.** Якщо у вас є заборгованість перед клінікою Клівленда за витрати, пов'язані з епізодом лікування, на суму понад 25 % від вашого річного доходу сім'ї, ви можете мати можливість отримати фінансову допомогу (це не стосується пацієнтів зі страхуванням, коли клініка Клівленда не входить до мережі або не має контракту).
- **Вияткові обставини.** Якщо у вас є надзвичайні особисті чи фінансові труднощі, ви можете звернутися до нас, щоб ми розглянули можливість надання фінансової допомоги.
- **Особливі медичні обставини.** Якщо ви потребуєте лікування, яке може бути надане лише медичним персоналом CCHS, або ви можете мати користь від продовження отримання медичних послуг від CCHS для забезпечення безперервності надання медичної допомоги, вашу заявку на отримання фінансової допомоги у рамках цього спеціального лікування розглянуть в індивідуальному порядку. Якщо вам потрібне лікування у Флориді, ви повинні бути дійсним пацієнтом лікаря СС у Флориді.

Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами. Якщо ви вагітні і ваше страхування не передбачає допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, ви матимете право на фінансову допомогу за нашою Політикою, якщо ви відповідаєте нашим критеріям щодо доходу, проживаєте в Огайо або в округах Індіан-Рівер, Мартін або Сент-Люсі у Флориді та погоджуєтеся співпрацювати з нами, щоб визначити, чи маєте ви право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами за урядовою програмою.

Витрати не перевищуватимуть суми, на які зазвичай виставляється рахунок. Якщо ви отримуєте фінансову допомогу відповідно до нашої Політики, з вас не стягуватиметься більша сума за послуги невідкладної або іншої необхідної з медичної точки зору допомоги, ніж сума, на яку ми зазвичай виставляємо рахунок пацієнтам, які мають комерційне страхування, покриття Medicare або Medicaid.

Як отримати копії нашої Політики та Заявки. Ви можете одержати копію нашої Політики та форми заявки на отримання фінансової допомоги: (1) на вебсайті клініки Клівленда за посилання www.ccf.org/financialassistance, та (2) у нашій приймальній службі, відділеннях невідкладної допомоги або в будь-якому з наших відділів з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів. Якщо ви зателефонуєте до Служби підтримки клієнтів за номером 866.621.6385 або подасте запит до представника з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів, ми надішлемо вам копію нашої Політики фінансової допомоги, короткий огляд доступною для розуміння мовою та форму заявки безкоштовно.

Як подати заявку та отримати допомогу. Ви можете подати заявку в будь-який момент у процесі планування або виставлення рахунків, заповнивши та надіславши заявку та надавши інформацію про дохід. Будь-яка Заявка на отримання фінансової допомоги, заповнена особисто, онлайн, доставлена або відправлена поштою, буде передана команді відділу управління циклом доходів (Revenue Cycle Management) для оцінки та обробки. Якщо ви вважаєте,

що у вас можуть бути критичні, виняткові або особливі обставини, представник з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів або представник Служби підтримки клієнтів може подати заявку від вашого імені. Якщо вам потрібна допомога у поданні заявки, зверніться до представників з питань захисту фінансових інтересів пацієнтів, які працюють у наших закладах, або зателефонуйте до Служби підтримки клієнтів за номером 866.621.6385.

Copies of our Financial Assistance Policy, Application Form, and this Summary are available in English, Arabic, Spanish, Russian, Ukrainian, Nepali, Haitian Creole, and Creole. | Las copias de nuestra Política de Asistencia Financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen están disponibles en inglés, árabe, español, ruso, ucraniano, nepalí, criollo haitiano y creole. | Копии Политики оказания финансовой помощи, бланка заявки и настоящего резюме доступны на английском, арабском, испанском, русском, украинском, непальском, гаитянском креольском и креольском языках. | Копії нашої Політики фінансової допомоги, Форми заявки та цього Короткого огляду доступні англійською, арабською, іспанською, російською, українською, непальською, гаїтянською креольською та креольською мовами. | हाम्रो वित्तीय सहायता नीति, आवेदन फारम र यो सारांशको प्रतिलिपिहरू अङ्ग्रेजी, अरबी, स्पेनिश, रूसी, युक्रेनी, नेपाली, हाइटी क्रियोल र क्रियोलमा उपलब्ध छन्। | Kopi sou Politik Ed Finansye nou an, Fòm Aplikasyon an, ak Rezime sa a disponib an Angle, Arab, Panyòl, Ris, Ikrenyen, Nepalè, Kreyòl Ayisyen, ak Kreyòl. | وهذا الملخص باللغات الإنجليزية، والعربية، والإسبانية، والروسية، والأوكرانية، والنيبالية، والكريولية الهايتية، والكريولية.



РОЗДІЛ 1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

Вкажіть ваші повне ім'я, адресу на момент отримання медичної послуги та іншу інформацію, зазначену в цьому розділі.

Обліковий номер _____ Дата(-и) отримання послуги _____

Повне ім'я пацієнта: _____
ПРИЗВИЩЕ ІМ'Я ПО БАТЬКОВІ

Адреса: _____
НОМЕР БУДИНКУ ТА НАЗВА ВУЛИЦІ МІСТО ОКРУГ

Штат проживання: _____ Поштовий індекс: _____ Дата народження: ____/____/____ Сімейний стан: Неодружений(-а) Одружений(-а) Розлучений(-а)

Основний номер телефону: (_____) _____ Домашній Мобільний Робочий Інше _____

Адреса електронної пошти: _____

Медичне страхування на дату отримання послуги: _____ Без страхування Medicare Medicaid Інше _____

РОЗДІЛ 2. ДОХІД СІМ'Ї

Вкажіть свій дохід, дохід вашого чоловіка/дружини та всіх інших членів сім'ї (якщо застосовно).

Джерело доходу	Усього за 3 місяці до отримання	Усього за 12 місяців до отримання послуги
Заробітна плата/самозайнятість	\$ _____	\$ _____
Соціальне забезпечення	\$ _____	\$ _____
Пенсія, дивіденди, відсотки, дохід від надання майна в оренду	\$ _____	\$ _____
Допомога по безробіттю, компенсація працівникам	\$ _____	\$ _____
Допомога на дитину (тільки якщо пацієнт є цільовим одержувачем)	\$ _____	\$ _____
Інше	\$ _____	\$ _____

РОЗДІЛ 3. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю ТА ЇЇ ДОХІД

Перелічіть усіх членів сім'ї вашого домогосподарства та їхню дату народження.

Надайте зазначену нижче інформацію щодо всіх осіб, які є членами сім'ї та проживають у вашому помешканні. Для цілей HCAP сім'я визначається як пацієнт, чоловік або дружина пацієнта та всі діти пацієнта віком до 18 років (біологічні або усиновлені), які проживають у помешканні пацієнта. Якщо пацієнту ще не виповнилося 18 років, поняття сім'ї включає пацієнта, його біологічних чи прийомних батьків і дітей батьків віком до 18 років, які проживаються у помешканні пацієнта.

Повне ім'я членів сім'ї, включно з пацієнтом	Дата народження	Ким доводиться пацієнту
1. Пацієнт: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Своїм підписом нижче я підтверджую, що все, що я зазначив(-ла) у цій заявці та в будь-яких додатках до неї, є правдивим.

Підпис відповідальної сторони: х _____ Дата: _____