Cleveland Clinic
Rehabilitation Hospital
In affiliation with Select Medical

Короткий огляд фінансової допомоги

Програма забезпечення лікарняної допомоги штату Огайо (Ohio Hospital Care Assurance Program, HCAP). Як учасник Програми HCAP, ми пропонуємо послуги 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 реабілітаційній лікарні клініки Клівленда.

Фінансова допомога, що пропонується. Якщо у вас немає страхування, ми надаємо фінансову допомогу щодо 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 Огайо. 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 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:**

- *Виняткові 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 CCRH, або ви можете мати користь від продовження отримання медичних послуг від CCRH для забезпечення безперервності надання медичної допомоги, вашу заявку на отримання фінансової допомоги у рамках цього спеціального лікування розглянуть в індивідуальному порядку.

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 необхідну з медичної точки зору допомогу, аніж сума, на яку ми зазвичай виставляємо рахунок пацієнтам, які мають покриття Medicare.

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 посиланням www.ccf.orgifinancialassistance та (2) у нашій приймальній службі. Якщо ви зателефонуєте до нашого центрального офісу за номером 866.284.0235, 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 ході госпіталізації 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 Центрального офісу для оцінки та обробки. Якщо ви вважаєте, що у вас можуть бути виняткові або особливі медичні обставини, представник може подати заявку від вашого імені. Якщо вам потрібна допомога у поданні заявки, зверніться до нашого приймального відділення, що знаходиться у наших закладах, або зателефонуйте до Центрального офісу за номером 866.284.0235.

Копії нашої Політики фінансової допомоги, Форми заявки та цього Короткого огляду доступні англійською, арабською та іспанською мовами.

Las copias de nuestra Polftica de ayuda financiera, el Formulario de solicitud y el presente Resumen estan disponibles en espana.

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

Cleveland Clinic
Rehabilitation Hospital
In affiliation with Select Medical

Форма заявки на отримання фінансової допомоги

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: _____
ПРІЗВИЩЕ ІМ'Я СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ (ПО БАТЬКОВІ)

Адреса: _____ Місто: _____ Округ: _____
НОМЕР БУДИНКУ ТА НАЗВА ВУЛИЦІ

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: ☐ Немає 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 послуги	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: x _____ Дата: _____

Поверніть заповнену заявку до: **Cleveland Clinic Rehab CBO**
PO Box 932923, Cleveland, OH 44193-0026 (866) 284-0235