

Programa de Seguro Médico Hospitalario (HCAP) de Ohio. Como participante del Programa de Seguro Médico Hospitalario (Hospital Care Assurance Program, HCAP), le ofrecemos servicios de atención de urgencia y otros servicios hospitalarios necesarios sin cargo si usted reside en Ohio y (1) actualmente es un beneficiario elegible de los programas de ayuda general o ayuda 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 la asistencia financiera disponible en todas las instalaciones de la Cleveland Clinic, incluso sus hospitales y centros de salud familiares. Este resumen no es aplicable a las instalaciones de la Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals, Select Cleveland Hospitals, Ashtabula County Medical Center y Union Hospital que tienen sus propias políticas de asistencia financiera.

Asistencia financiera ofrecida. Si no posee seguro, brindamos asistencia financiera para casos de emergencia y otro tipo de 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 el estado en el cual está buscando asistencia (Ohio, Florida o Nevada). Si usted es residente de Florida, usted debe residir en los siguientes condados: Broward, Indian River, Martin o St. Lucie del sur y debe estar buscando servicios de emergencia o atención médica necesaria (solo los centros del sudeste de Florida cubren servicios de atención de emergencia). 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 su ingreso familiar anual llega al 250 % de los FPG, recibirá atención médica gratuita.
- Si su ingreso familiar anual está entre el 251 % y el 400 % de los FPG, recibirá atención médica con descuento sobre el monto que generalmente facturamos a los pacientes con seguro por dichos servicios.
- Solo para las instalaciones del este central de Florida: Los pacientes sin seguro que, de otro modo, no reunirían los requisitos para recibir asistencia financiera son elegibles para un descuento del 50 % aplicado a los gastos brutos.

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 los criterios de ingresos mencionados anteriormente, sin importar su estado de seguro o estado de residencia, se lo considerará en base a cada caso en particular para recibir la asistencia financiera bajo las siguientes circunstancias:

- **Saldo catastrófico.** Si tiene un saldo adeudado a la Cleveland Clinic mayor

al 15 % de su ingreso anual familiar, se lo considerará para recibir asistencia financiera.

- **Circunstancias excepcionales.** Si está atravesando una dificultad personal o financiera extrema, puede contactarnos para que lo consideremos para la asistencia financiera.
- **Circunstancias médicas excepcionales.** Si está buscando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico de CCHS o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCHS para continuidad de la atención médica, se lo considerará como un caso particular para brindarle asistencia financiera para ese tratamiento específico. Si está buscando tratamiento en Florida, usted debe ser un paciente actual de un médico de CC de Florida.

Atención médica por maternidad. Si usted está embarazada y su seguro no brinda beneficios por maternidad, será elegible para recibir ayuda financiera según nuestra política, siempre que cumpla con los requisitos de ingresos, sea residente de Ohio o de Florida de los condados de Indian River, Martin o St. Lucie del sur, acepte cooperar con nosotros para determinar si es elegible para recibir beneficios por maternidad bajo un programa gubernamental.

Los cargos no excederán los montos generalmente facturados. Si recibe asistencia financiera conforme a nuestra política, no se le facturará más por atención de urgencia u otro tipo de atención médica necesaria que el monto que generalmente facturamos a pacientes que tienen un seguro comercial o 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 la Cleveland Clinic en www.ccf.org/financialassistance, y (2) en nuestras áreas de admisión, nuestros departamentos de emergencias o cualquiera de las oficinas de nuestros asesores financieros para pacientes. Si llama a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 772.567.4311 x1169 o consulta a un asesor financiero para pacientes, le enviaremos por correo una copia de la Política de Asistencia Financiera, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud sin cargo.

Cómo solicitar y obtener asistencia. Usted puede solicitar en cualquier punto del programa o del proceso de facturación al completar y enviar una solicitud y brindar información sobre los ingresos. Cualquier Solicitud de Asistencia Financiera ya sea que se complete en persona, en línea, se entregue o se envíe por correo, será reenviada al equipo de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente para evaluación y procesamiento. Si cree que está atravesando circunstancias médicas especiales, excepcionales o catastróficas, un asesor financiero para pacientes o representante de Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente puede comenzar el proceso de solicitud por usted. Si necesita ayuda para presentar la solicitud, comuníquese con nuestros asesores financieros para pacientes que se encuentran en nuestras instalaciones o llame a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 772.567.4311 x1169.

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、海地克里奧爾文版、简体中文版、繁体中文版和俄語版。

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.

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 detallada en esta sección.

Número de cuenta _____ Fecha(s) del servicio _____

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____
NUMERO Y CALLE CIUDAD PAÍS

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Date Fecha de nacimientoof Birth: ____ / ____ / ____

Estado civil: _____

Número telefónico principal: (_____) _____ Hogar Celular Trabajo Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro de salud a la fecha del servicio: _____

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	Total en los 3 meses anteriores a la fecha del servicio	Total en los 12 meses anteriores a la fecha del servicio	Duración
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)	\$ _____	\$ _____	_____
Otras	\$ _____	\$ _____	_____

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. Familia incluye al paciente, el 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. _____	_____	_____

Certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y en todos los adjuntos es cierto. Al firmar abajo.

Firma de la persona responsable: x _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Cuenta #: _____

Dirección: _____

Fecha de Servicio: _____

FDN: _____

SSN: _____

¿Que teléfono y hora es mejor contactarlo? # teléfono _____ hora: _____

1. ¿El paciente tiene seguro?
Si la respuesta a la pregunta es SI **¡NO REFERIR!** SI NO

2. ¿Las aplicaciones FAP han sido aseguradas? SI NO

MEDICAID PARA MUJERES, NIÑOS Y PROGRAMAS FAMILIARES –Si es SI a cualquier pregunta, refiera inmediatamente

1. ¿El paciente tiene menos de 18? SI NO

2. ¿El paciente está entre las edades de 18 y menos de 21? SI NO

3. ¿La paciente está embarazada? SI NO

4. ¿El paciente tiene algún hijo biológico o adoptivo de menos de 18 años en el hogar? SI NO

MEDICAID PARA LOS ANCIANOS, CIEGOS Y DISEAPACTADOS SI es SI a cualquier pregunta, refiera inmediatamente

1. ¿El paciente está recibiendo actualmente SSI o SSD? SI NO

2. ¿El paciente está recibiendo actualmente SSI o SSD? SI NO

Sordera total

Ceguera total

Confinado a la cama o silla de ruedas debido a una condición.

Un ACV le ocurrió hace tres meses, resultando en imposibilidad de caminar independientemente.

Amputación de la pierna en la cadera

Parálisis Cerebral, Distrofia Muscular, o Atrofia Muscular, Síndrome de Down, requiere cuidado

de hospicio para cancer

Prematuridad severa

Daño espinal resultando en la imposibilidad de caminar.

3. ¿El paciente tiene 65 años o más y no está en Medicare? SI NO

4. ¿Ha sido considerado discapacitado por un Doctor por al menos 1 año? SI NO

SI LA RESPUESTA A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES SI, REFIERA LA CUENTA A FASU PARA RECIBIR ASISTENCIA DE ELEGIBILIDAD DE MEDICAID. ASEGÚRESE DE ENVIAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA COMPLETA Y FIRMADA CON ESTA REFERENCIA.

El paciente tiene las sig. fechas previas de servicio: _____

Cuenta de persona referente _____

Extensión _____

Envíe email a FASU@IRMC.CC

de Código de Dpto. _____



Consentimiento de Asistencia Pública y Autorización para Divulgar Información

Nombre de paciente _____

Número de registro médico _____

Número de seguridad social _____

Fecha de nacimiento _____

Autorizo a Cleveland Clinic Indian River Hospital a actuar como mi representante designado para establecer la elegibilidad para todos y cada uno de los programas para los cuales puedo ser considerado. Esta autorización incluye la obtención de información del Departamento de Servicios para los Niños y Familias y de la Administración del Seguro Social, así como el suministro de la misma. Cleveland Clinic Indian River Hospital está autorizado a actuar en mi nombre para solicitar y representarme en audiencias y/u otras reuniones que me involucren. Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información:

Información a ser divulgada: (marque todo lo que aplique)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Administración de Seguridad Social | <input checked="" type="checkbox"/> Departamento de Servicios para los Niños y Familias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificación de Empleo/Registros de nómina | <input checked="" type="checkbox"/> Verificación de cuentas bancarias o de cooperativas de crédito |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificación de Pólizas de Seguros | <input checked="" type="checkbox"/> Verificación del hogar |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificación de pensión/jubilación | <input checked="" type="checkbox"/> Verificación de Beneficios VA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificación de la compensación del trabajador | <input checked="" type="checkbox"/> Registros Médicos del Centro de Tratamiento |
| <input checked="" type="checkbox"/> Meses y cantidad elegibles para cupones de alimentos | <input checked="" type="checkbox"/> Bienes |

Una copia o fax de esta autorización servirá como original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento diciéndolo por escrito con la fecha y mi firma. Cualquier información divulgada antes del momento de la cancelación no puede ser revocada, la institución, sus empleados y médicos quedan liberados de la responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida en que se indique y autorice en el presente documento.

Firma: _____

Enviar por email a FASU@IRMC.CC

Fecha : _____

Número de caso : _____

Información de Agencia:

ESS

Nombre de Espec.: _____

ESS

Firma de Especialista: _____

Fecha: _____

Dirección/Teléfono de Oficina