

الأفراد الذين يبلغ دخلهم أو يقل عن مستوى حد الفقر وفق المبادئ التوجيهية الفيدرالية يستحقون الحصول على خدمات مجانية.

يرجى الاطلاع على المخطط على اليمين.

للتقدم، استكمل نموذج الطلب في الخلف وأرسله بالفاكس إلى 614-566-6080 أو أرسل الطلب بالبريد مع المستندات التي تثبت دخلك على:

OhioHealth Financial Assistance
(إدارة المساعدة المالية في برنامج أوهايو هيلث)
P.O. Box 7527
Dublin, OH 43016

توجد مساعدات مالية لذوي الدخل عند 400% أو أقل من مستوى حد الفقر وفق المبادئ التوجيهية الفيدرالية ويتوافقون مع مؤهلات أخرى.

المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف الفقر في عام 2021	
عدد أفراد الأسرة	مستوى الدخل السنوي
1	\$12,880
2	\$17,420
3	\$21,960
4	\$26,500
كل فرد إضافي	\$4,540

نصائح لاستيفاء نموذج المساعدة المالية

*يرجى الكتابة بخط مقروء واستخدام قلم جاف. لا تستخدم أقلام الجل.
لا تستخدم "لا يسري" في أي جزء.

* لإدخال تصحيحات، يرجى وضع خط على المعلومات الخاطئة، وكتابة المعلومات الصحيحة والتوقيع باسمك بجوار التغيير.

وصف الحقن	التفاصيل
الاسم/العنوان/رقم الهاتف	اسم المريض، وعنوانه، ورقم هاتفه (بما في ذلك كود المنطقة)
رقم الحساب	أدخل رقم الحساب من الجزء الامامي من كشف الحساب. إذا لم يكن رقم الحساب متاحًا، اترك المربع فارغًا
اسم أفراد الأسرة	اسرد أسماء أفراد الأسرة من الدرجة الأولى، بمن فيهم أنت، وزوجتك أو زوجك، والأطفال تحت سن 18 سنة (عاديين أو بالتبني) والمقيمون في المنزل
السن	اذكر عمر كل فرد في الأسرة بجوار اسمه
العلاقة	اذكر صلة ذلك الشخص بالمريض مثال: أنت، الزوج، الطفل (طبيعي أو بالتبني)، إلخ
مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل	اذكر اسم صاحب العمل أو أي مصدر آخر لدخل هذا الشخص. يتضمن ذلك البطالة، والضمان الاجتماعي، وقدامى المحاربين، والمعاشات، إلخ.
تاريخ التعيين/بدء العمل لكافة أنواع الدخول	اذكر تاريخ التعيين أو بدء العمل، أو تاريخ بدء المزايا، مثل البطالة، أو الضمان الاجتماعي، أو التقاعد، إلخ.
الدخل خلال فترة 3 أشهر قبل: تاريخ الخدمة أو تاريخ الطلب	أدخل مبلغ إجمالي دخل كل شخص، والذي حصل عليه على مدار 90 يومًا قبل الخدمة أو تاريخ تقديم الطلب. في حالة عدم وجود دخل خلال 90 يومًا قبل الخدمة، أدخل 0
دخل 12 شهر قبل: تاريخ الخدمة أو تاريخ الطلب	أدخل مبلغ إجمالي دخل كل شخص، والذي حصل عليه على مدار 12 شهرًا قبل الخدمة أو تاريخ تقديم الطلب. في حالة عدم وجود دخل خلال 12 شهرًا قبل الخدمة، أدخل 0
إذا ما كتبت 0.00 دولار للدخل، يرجى توضيح كيفية إعالتك	اشرح كيفية إعالتك (بما في ذلك الأسماء وأرقام هواتف الأشخاص الذين يعولونك) منذ أن أصبحت بلا دخل في الأشهر الثلاثة السابقة على تاريخ الخدمة أو تاريخ الطلب. مثال: يعولني والداي - مارك وجين سميث 614.111.1111.
قيمة الأصول	اذكر المبالغ الموجودة في الحساب الجاري، وحساب الادخار، وحسابات التقاعد 401K، 403B، IRA، إلخ. واذكر كافة الأصول والممتلكات، مثل السيارات والقوارب، إلخ. وفي حالة عدم وجود أي من ذلك، أدخل 0.
إجمالي النفقات الشهرية	إجمالي مبلغ الإيجار/المنزل، مدفوعات السيارة، والمرافق والطعام، إلخ.
توقيع مقدم الطلب	وَقّع واكتب التاريخ على نموذج الطلب

ملاحظة: تحقق من كتابة رقم الحساب أعلى كافة الأوراق المرسلة مع الطلب.

لا يجب تدبيس المستندات.

عدم اتباع هذه الخطوات أو تقديم طلب ناقص من شأنه أن يؤدي إلى تأخر التعامل مع الطلب.