

الأفراد ذوي الدخل المكافئ للمبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حد الفقر أو تحته يستحقون الحصول على خدمات مجانية.
يرجى الاطلاع على المخطط على اليمين.
للتقدم، استكمل نموذج الطلب في الخلف وأرسله بالفاكس
إلى 419-526-8387 أو أرسل الطلب بالبريد مع المستندات التي تثبت ذلك على:

OhioHealth Mansfield and Shelby Hospitals
335 Glessner Avenue
Mansfield, OH 44903-9989

المبادئ التوجيهية الفيدرالية لتعريف حد الفقر 2017	
عدد أفراد الأسرة	مستوى الدخل السنوي
1	12,060\$
2	16,240\$
3	20,420\$
4	24,600\$
كل فرد إضافي	4,180\$

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

نصائح لاستيفاء نموذج المساعدة المالية

- *يرجى الكتابة بخط مقروء واستخدام قلم جاف. لا تستخدم أقلام الجبل.
- *لا تستخدم "لا يسري" في أي جزء.
- * لإدخال تصحيحات، يرجى وضع خط على المعلومات الخاطئة، وكتابة المعلومات الصحيحة والتوقيع باسمك بجوار التغيير.

الوصف الكامل	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، والمحاربون القدامى، والمعاشات، إلخ.
تاريخ التعيين/بدء العمل لكافة أنواع الدخول	اذكر تاريخ التعيين أو بدء العمل، أو تاريخ بدء المزاياء، مثل البطالة، أو الضمان الاجتماعي، أو التقاعد، إلخ.
دخل 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، وضح كيفية إعالتك	اشرح كيفية إعالتك (بما في ذلك الأسماء وأرقام هواتف الأشخاص الذين يعولونك) منذ أن أصبحت بلا دخل في الأشهر الثلاثة قبل تاريخ الخدمة أو تقديم نموذج الطلب. مثال: يعولني أبوي - مارك وجين سميث 614.111.1111.
قيمة الأصول	اذكر المبالغ الموجودة في الحساب، والمدخرات، IRA، 401K، إلخ. اذكر كافة الممتلكات، السيارات والقوارب، إلخ. في حالة عدم وجود أي منهم، أدخل 0.
إجمالي النفقات الشهرية	إجمالي مبلغ الإيجار/المنزل، مدفوعات السيارة، والمرافق والطعام، إلخ.
توقيع مقدم الطلب	وقع وكتب التاريخ على نموذج الطلب.

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

لا تدبس المستندات.

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