

收入等于或低于联邦贫困指标的人士有资格免费享受服务。

请参考右表。

如要申请，请填写背面的申请表，并传真至 419-520-2565，
或将您的申请表和收入证明文件一同寄至：

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

收入等于或低于联邦贫困指标 400% 水平并符合其他条件
的人士可获得经济资助。

2018 年联邦贫困指标	
家庭人数	年收入水平
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
每增加一人	\$4,320

经济资助申请表填写提示

*请使用圆珠笔清晰填写。请勿使用中性笔。

*请勿在任何字段中填写“无”。

* 如需更正，请在错误信息上画一道横线，填写正确信息并在更正处签上姓名首字母。

字段描述	详细信息
姓名/地址/电话号码	患者的姓名、地址和电话号码（包括区号）
账号	请在申请表正面填写账号。如果无法填写账号，请留空
家庭成员姓名	按姓名列出直系亲属，包括您自己、配偶、未满 18 岁（亲生或收养）且在家中居住的子女
年龄	在姓名旁列出每位家庭成员的年龄
关系	列出此人与患者的关系。示例：自己、配偶、子女（亲生或收养）等
收入来源或雇主名称	列出此人的雇主名称或其他任何收入来源。 包括失业救济金、社会保险金、VA、养老金等
所有收入的雇用/开始日期	列出从事此工作的开始或雇用日期，或开始享受此类福利（如失业救济金、社会保险金、退休金等）的日期
以下日期前 3 个月的收入： 服务或申请之日	填写每个人在服务或申请之日前 90 天获得的收入总金额。 如果在服务前 90 天内无收入，请填写 0
以下日期前 12 个月的收入： 服务或申请之日	填写每个人在服务或申请之日前 12 个月获得的收入总金额。 如果在服务前 12 个月内无收入，请填写 0
如果您填写的收入为零， 请说明您如何获得资助	由于在服务或申请之日前 3 个月内无收入，请说明您获得资助的途径（包括为您提供资助之个人的姓名和电话号码）。 示例：我的父母为我提供资助 - Mark 和 Jane Smith 614.111.1111
资产价值	列出任何支票账户资金、储蓄、401K 退休计划、403B 退休计划、IRA（个人退休账户）等。列出所有物业、汽车、游艇等。如果均无，请填写 0
每月开支总额	住房/租房费用、汽车费用、公用事业、食品等的开支总额
申请人签字	签字并填写申请日期

注：务必在与申请表一同寄送的所有文件顶部填写账号。

请勿用订书钉钉住文件。

如未能遵守此类步骤或申请表不完整，可能导致处理延误。