

收入达到或低于联邦贫困指标的人士有资格 免费享受服务。

请参见右表。

若要申请, 请填写背面的申请表, 并传真至 419-526-8387, 或将申请表连同收入证明 邮寄至:

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

经济资助面向收入达到或者低于联邦贫困指标 400% 且符合其他资格的人士。

2017 年联邦贫困指标	
家庭人数	年收入水平
1	\$12,060
2	\$16,240
3	\$20,420
4	\$24,600
每增加一人	\$4,180

关于填写经济资助申请表的提示

*请清晰打印和使用圆珠笔填写。请勿使用中性笔。

*请勿在任何字段使用“N/A”（不适用）。

*如需更正, 请用横线划掉错误信息, 然后写下正确信息, 并在更正处签上姓名首字母。

字段说明	详细信息
姓名/地址/电话号码	患者的姓名、地址与电话号码（含区号）。
账号	在报表正面输入账号。若无法提供账号, 则留白。
家庭成员姓名	列出家庭成员（直系亲属）姓名, 包括您本人、配偶及家中未满 18 周岁的子女（亲生或领养）。
年龄	在每位家庭成员姓名旁列出年龄。
关系	列出此人与患者的关系。示例: 本人、配偶、子女（亲生或领养）等等。
收入来源或雇主名称	列出此人的雇主名称或者其他任何收入来源。其中包括失业救济金、社会保险、VA、养老金等。
所有收入的雇佣/开始日期	列出此工作的开始或雇佣日期, 或福利开始日期, 例如失业救济金、社会保险、退休金等。
下列日期前 3 个月的收入: 服务日期或者 申请日期	输入在服务或者申请日前 90 天每人的总收入额。若服务之前 90 天无任何收入, 则输入 0。
下列日期前 12 个月的收入: 服务日期或者 申请日期	输入在服务或者申请日之前 12 个月每人的总收入额。若服务之前 12 个月无任何收入, 则输入 0。
若您在收入栏填写 \$0.00, 则解释您的生活来源	由于在服务或申请日前 3 个月收入为 \$0.00, 请解释您的生活来源（包括您资助人的姓名与电话号码）。 示例: 父母资助我 - Mark 与 Jane Smith 614.111.1111。
资产值	列出任何活期存款账户、储蓄账户、401K's、403B's、IRA's 等金额。列出所有房产、车辆、船等。若为无, 则输入 0。
每月总支出	购房/租房款项、车辆款项、水电费、食品开销等总金额。
申请人签名	签名并注明申请日期。

注: 务必在随附于申请书的所有文件顶部写上账号。

请勿将文件钉在一起。

若未能执行上述步骤或者申请资料不完整, 可能导致处理延迟。