

Les personnes dont les revenus sont inférieurs ou égaux au seuil de pauvreté fédéral peuvent recevoir des services gratuitement.

Reportez-vous au tableau de droite.

Pour déposer une demande, remplissez le formulaire de demande se trouvant au verso et envoyez-le par télécopie au 740-592-9466 ou envoyez votre formulaire de demande par courrier postal, accompagné de la documentation sur vos revenus, à :

OhioHealth O'Bleness Memorial Hospital
55 Hospital Drive
Athens, OH 45701

Une assistance financière est disponible pour ceux dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 400 % du seuil de pauvreté fédéral et qui répondent à d'autres critères.

Seuils de pauvreté fédéraux 2017	
Taille de la famille	Niveau de revenu annuel
1	\$12,060
2	\$16,240
3	\$20,420
4	\$24,600
Chaque personne supplémentaire	\$4,180

Conseils pour remplir le formulaire de demande d'assistance financière

*Veuillez écrire lisiblement et utiliser un stylo à bille. N'utilisez pas de stylo à encre gel.

*N'utilisez « S/O » dans aucun champ.

* Pour apporter des corrections, barrez d'une ligne les informations incorrectes, écrivez les informations correctes et apposez vos initiales à côté du changement.

Description des champs	Détails
Nom/Adresse/Numéro de téléphone	Nom, adresse et numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) du patient.
Numéro de compte	Inscrivez le numéro de compte indiqué au recto du relevé de facturation. Si le numéro de compte n'est pas disponible, laissez le champ en blanc.
Nom des membres de la famille	Dressez la liste du nom des membres de votre famille immédiate, y compris vous-même, votre conjoint(e), enfants de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui résident dans la maison.
Âge	Indiquez l'âge de chaque membre de la famille à côté de son nom.
Relation	Indiquez comment cette personne est liée au patient. Exemple : Vous-même, conjoint(e), enfants (naturels ou adoptifs), etc.
Source de revenu ou nom de l'employeur	Dressez la liste des employeurs par nom ou de toute autre source de revenu de cette personne. Cela peut comprendre l'assurance chômage, la sécurité sociale, VA, pensions, etc.
Date d'embauche/de début de tous les revenus	Indiquez la date de début ou d'embauche à ce travail, ou la date à laquelle vous avez commencé à recevoir des indemnités, comme le chômage, la sécurité sociale, la retraite, etc.
Revenus pendant les 3 mois précédant : la date de service ou la date de demande	Indiquez le montant des revenus bruts perçus par chaque personne dans les 90 jours précédant le service ou la date de demande. Si aucun revenu n'a été perçu pendant les 90 jours précédant le service, indiquez 0.
Revenus pendant les 12 mois précédant : la date de service ou la date de demande	Indiquez le montant des revenus bruts perçus par chaque personne dans les 12 mois précédant le service ou la date de demande. Si aucun revenu n'a été perçu pendant les 12 mois précédant le service, indiquez 0.
Si vous avez indiqué un revenu de 0.00 \$, expliquez comment vous avez subvenu à vos besoins	Expliquez vos moyens de subsistance (y compris le nom et le numéro de téléphone de la ou des personnes qui subviennent à vos besoins) puisque vos revenus s'élevaient à 0.00 \$ pendant les 3 mois précédant la date de service ou la date de demande. Exemple : Mes parents m'ont aidé – Marc et Jeannette Durant 614.111.1111.
Valeur des biens	Indiquez le montant d'argent se trouvant sur des comptes courants, d'épargne, 401K, 403B, IRA, etc. Indiquez toutes les propriétés, voitures, bateaux, etc. S'il n'y en a pas, indiquez 0.
Dépenses mensuelles totales	Montant total du paiement du loyer, des emprunts immobilier et automobile, des services publics, de l'alimentation, etc.
Signature du demandeur	Signez et datez la demande

REMARQUE : veuillez à ce que le numéro de compte soit indiqué en haut de tous les documents envoyés avec la demande.

N'agrafez pas les documents.

Veillez à bien suivre ces instructions, à remplir complètement le formulaire de demande et à envoyer toute la documentation nécessaire afin de ne pas retarder le traitement de votre demande.