

Personen, deren Einkommen an oder unterhalb der Armutsgrenze der USA liegt, haben Anspruch auf kostenlose Behandlung.

Siehe Tabelle rechts.

Um Hilfe zu beantragen, füllen Sie bitte den Antrag auf der Rückseite aus und faxen Sie das Formular an +1 740-592-9466 oder schicken Sie den Antrag zusammen mit einem

Einkommensnachweis an:

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

Finanzielle Hilfe steht Personen zu, deren Einkommen 400 % der Armutsrichtlinien oder darunter beträgt, und die andere Kriterien erfüllen.

2017 Federal Poverty Guidelines (Richtlinie zur Armutsgrenze in den USA)

Größe der Familie	Jahreseinkommensniveau
1	\$12,060
2	\$16,240
3	\$20,420
4	\$24,600
Jede weitere Person	\$4,180

Hinweise zum Ausfüllen des Antrags auf Finanzhilfe

*Bitte in Druckbuchstaben und mit Kugelschreiber ausfüllen. Keinen Gelschreiber verwenden.

*Bitte in keines der Felder „Nicht zutreffend“ (N/A) eintragen.

* Um Angaben zu berichtigen, streichen Sie bitte die falschen Angaben durch, tragen die richtigen Angaben ein und bestätigen Sie die Änderung mit Ihren Initialen.

Beschreibung des Feldes	Details
Name/Anschrift/Telefonnummer	Name, Anschrift und Telefonnummer (mit Vorwahl) des Patienten.
Kontonummer	Tragen Sie bitte die Kontonummer von der Vorderseite des Kontoauszugs ein. Falls die Kontonummer nicht bekannt ist, lassen Sie das Feld leer.
Name des Angehörigen	Auflistung der engen Verwandten (Familienangehörige), einschließlich Sie selbst, Ehefrau/Ehemann, Kinder unter 18 Jahren (leibliche oder adoptierte), die in dem Haushalt wohnen.
Alter	Tragen Sie neben den Namen jeweils das Alter der Angehörigen ein.
Verhältnis	Geben Sie an, in welchem Verhältnis diese Person zum Patient steht. Beispiel: Ich selbst, Ehefrau/Ehemann, Kind (leiblich oder adoptiert) usw.
Einkommensquelle oder Name des Arbeitgebers	Tragen Sie den Namen des Arbeitgebers oder andere Einkommensquellen für diese Person ein. Hierzu gehören Arbeitslosengeld, Rente aus der Sozialversicherung, Veteranenrente, Altersrente usw.
Einstellungsdatum für das gesamte Einkommen	Geben Sie das Einstellungsdatum für diese Stelle an oder das Datum, ab dem Leistungen wie Arbeitslosengeld, Rente aus der Sozialversicherung, Altersrente usw. bezogen wurden.
Einkommen für den Zeitraum von 3 Monaten vor: Behandlungstag oder Datum des Antrags	Tragen Sie den Betrag des Bruttoeinkommens aller Personen ein. Stichtag sind 90 Tage vor der Behandlung oder dem Antragsdatum. Falls es 90 Tage vor der Behandlung kein Einkommen gab, tragen Sie 0 ein.
Einkommen für den Zeitraum von 12 Monaten vor: Behandlungstag oder Datum des Antrags	Tragen Sie den Betrag des Bruttoeinkommens aller Personen ein. Stichtag sind 12 Monate vor der Behandlung oder dem Antragsdatum. Falls es 12 Tage vor der Behandlung kein Einkommen gab, tragen Sie 0 ein.
Falls Sie 0.00 USD als Einkommen angegeben haben, erklären Sie bitte, wie Sie für Ihren Lebensunterhalt aufkommen	Beschreiben Sie, wie Sie für Ihren Lebensunterhalt aufkommen (unter Angabe von Namen und Telefonnummern der Personen, die Sie unterstützen), weil es zum Zeitpunkt von 3 Monaten vor dem Tag der Behandlung oder dem Antragsdatum kein Einkommen gab. Beispiel: Meine Eltern haben mich unterstützt: Mark und Jane Smith, Tel. 614-111-1111.
Wert der Vermögenswerte	Tragen Sie Ihren Kontostand für Girokonto und Sparkonto sowie Konten für 401K, 403B, IRA usw. ein. Geben Sie das gesamte Eigentum, Autos, Boote, usw. an. Falls es kein diesbezügliches Eigentum gibt, tragen Sie 0 ein.
Monatliche Gesamtausgaben	Gesamtbetrag pro Monat für Hypothek/Miete, Auto, Nebenkosten, Lebensmittel usw.
Unterschrift des Antragstellers	Bitte den Antrag unterschreiben und das Datum eintragen.

HINWEIS: Vergewissern Sie sich, dass auf allen Unterlagen für Ihren Antrag oben die Kontonummer angegeben ist.

Die Unterlagen bitte nicht zusammenheften.

Falls Sie diese Schritte nicht einhalten oder einen unvollständigen Antrag einreichen, kann dies eine verzögerte Bearbeitung zur Folge haben.