

所得が連邦貧困ガイドライン以下の個人は、  
無料医療サービスを受ける資格があります。  
右の表を参照してください。

申請するには、申請書の裏面の項目をすべて記入して、ファックス  
(419-526-8387) で送信するか、申請書と所得証明を同封して  
以下の住所宛に送付してください。

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

所得が連邦貧困ガイドラインの 400% 以下で、その他の資格要件を満たす方は、  
資金援助を利用することができます。

2017 年連邦貧困ガイドライン	
世帯の人数	年間所得レベル
1	\$12,060
2	\$16,240
3	\$20,420
4	\$24,600
一人増えるごとの 加算額	\$4,180

## 資金援助申請書の記入に関する注意事項

- \*ボールペンを使用して判読できるように活字体でご記入ください。ゲルインキペンは使用しないでください。
- \*いずれの項目にも「該当なし (N/A)」と記入しないでください。
- \*修正する際には、情報が誤っている部分の上に訂正線を一本引き、正しい情報を記入してから、イニシャルを記入してください。

項目の説明	詳細
氏名/住所/電話番号	患者様の氏名、住所および電話番号 (市街地局番を含む)。
アカウント番号	申請書の表面に記載のアカウント番号を記入してください。アカウント番号がない場合、空欄のままにしてください。
家族の氏名	患者様、配偶者、同居している 18 歳未満の子 (非嫡出子や養子) を含め、ご家族を氏名別に記入してください。
年齢	ご家族の年齢を氏名の横に記入してください。
患者様との関係	患者様との関係を記入してください。例：本人、配偶者、子 (非嫡出子または養子) など。
収入源の名称または雇用主の氏名	当該者の雇用主の氏名またはその他の収入源を記入してください。これには、失業保険、年金、退役軍人給付 (VA)、年金などが含まれます。
雇用/所得の開始日	この仕事に雇用された日、もしくは就業開始した日、または失業保険、年金、退職金などの受給開始日を記入してください。
以下の日から 3 ヶ月前までの期間の所得： サービス利用日または 申請日	サービス利用日または申請日から 90 日前までの期間に各個人が受給した総所得金額を記入してください。サービス利用日から 90 日前までの期間に所得がない場合、0 を記入してください。
以下の日から 12 ヶ月前までの期間の所得： サービス利用日または 申請日	サービス利用日または申請日から 12 ヶ月前までの期間に各個人が得た総所得金額を記入してください。サービス利用日から 12 ヶ月前までの期間に所得がない場合、0 を記入してください。
所得金額に \$0.00 と記入した場合、どのように生計を立てているかを説明してください。	サービス利用日または申請日から 3 ヶ月前までの期間の所得が \$0.00 であることから、どのように生計を立てているのかを説明してください (患者様の生活を支えている方 (々) の氏名および電話番号)。 例：両親が私の生活を支えている - マーク & ジェーン・スミス、614.111.1111。
資産価値	当座預金口座、普通預金口座、401K、403B、個人退職積立口座 (IRA) などに預金があれば記入してください。すべての財産、車、船舶などの資産も列挙し、何もなければ 0 を記入してください。
毎月の総費用	住宅/家賃の支払、自動車関連費、光熱費、食費などの総額。
申請者の署名	署名および申請日。

注：申請書に同封するすべての書類の上部にアカウント番号を必ず記入してください。

書類をホチキスで留めないでください。

これらの手順に従わなかったり、申請書に不備があると、手続きが遅れる場合がありますのでご注意ください。

2017/01/31