

소득 수준이 연방 빈곤선 이하인 개인은  
무료로 서비스를 이용할 수 있습니다.

오른쪽 표를 참조하십시오.

신청을 원하시는 경우, 뒷면의 신청서를 작성하여 신청서와 소득 관련 제반 서류를  
팩스 614-566-6080 또는 다음 우편 주소로  
보내주시기 바랍니다:

OhioHealth Financial Assistance  
P.O. Box 7527  
Dublin, OH 43016

금융 지원은 소득 수준이 연방 빈곤선의 400% 이하이고  
기타 자격 조건에 부합하는 자에게 제공됩니다.

2021 연방 빈곤선	
가족 규모	연간 소득 수준
1	\$12,880
2	\$17,420
3	\$21,960
4	\$26,500
1 인 추가 시	\$4,540

## 금융 지원 신청서 작성 요령

\*볼펜을 사용하여 알아보기 쉽게 정자로 작성하십시오. 젤 타입 펜을 사용하지 마십시오.

\*어떤 란에도 “해당 없음”이라고 기재하지 마십시오.

\* 내용을 수정하려면 잘못 기재한 내용의 글자 한가운데를 가로로 통과하는 취소선을 긋고 올바른 정보를 적은 후 변경한  
부분에 이름 이니셜을 기재하십시오.

작성란 설명	세부 사항
이름/주소/전화번호	환자 이름, 주소 및 전화번호(지역번호 포함)
계좌 번호	명세서 앞면에 적힌 계좌 번호를 기재하십시오. 계좌 번호를 알 수 없는 경우, 이 란은 비워두십시오.
가족 구성원 이름	본인, 배우자, 만 18 세 미만의 자녀(친자 또는 입양)를 포함하여 같은 집에 함께 거주하는 가족 구성원 이름을 나열하십시오.
연령	각 가족 구성원의 나이를 이름 옆에 기재하십시오.
관계	이 인물과 환자와의 관계를 기재하십시오. 예: 본인, 배우자, 자녀(친자 또는 입양) 등
소득원 또는 고용주 이름	이 인물의 고용주 이름 또는 기타 모든 소득원을 나열하십시오. 여기에는 실업 수당, 사회 보장, VA, 연금 등이 포함됩니다.
모든 소득에 대한 채용/시작 날짜	이 직업을 시작하였거나 이 직업에 채용된 날짜, 또는 수당(예: 실업, 사회 보장, 퇴직 등) 지급이 시작된 날짜를 기재하십시오.
다음 날짜의 이전 3 개월 소득: 서비스 날짜 또는 신청 날짜	서비스 또는 신청 날짜부터 90 일 전까지 각 인물이 수령한 총 소득 금액을 기재하십시오. 서비스 날짜부터 90 일 전까지 소득이 없는 경우 0을 기재합니다.
다음 날짜의 이전 12 개월 소득: 서비스 날짜 또는 신청 날짜	서비스 또는 신청 날짜부터 12 개월 전까지 각 인물이 벌어들인 총 소득 금액을 기재하십시오. 서비스 날짜부터 12 개월 전까지 소득이 없는 경우 0을 기재합니다.

소득을 \$0.00 로 기재한 경우, 생활비를 어떻게 충당했는지 설명하십시오.	서비스 또는 신청 날짜부터 3 개월 전까지 소득이 \$0.00 이므로 생활비 지급 수단(귀하의 생활을 지원하는 사람의 이름과 전화번호 포함)을 설명하십시오. 예: 부모님이 생활비를 지원함 - Mark Smith, Jane Smith 614.111.1111
자산 가치	당좌예금 잔액, 저축액, 401K, 403B(퇴직 연금), IRA 등 모든 자산 금액과 부동산, 승용차, 선박 등 모든 자산을 나열하십시오. 없는 경우 0 을 기재합니다.
월간 총 지출	주택/임대료 지급, 자동차 관련 비용, 공과금, 식비 등 총액을 기재하십시오.
신청인 서명	서명하고 신청 날짜를 기재하십시오.

참고: 신청서와 함께 보내는 모든 서류 맨 위에 계좌 번호를 기재해야 합니다.

서류를 스테이플러로 고정하지 마십시오.

이와 같은 단계를 따르지 않거나 신청서 작성이 미흡한 경우 처리가 늦어질 수 있습니다.

(2019/01)