

소득 수준이 연방 빈곤지침선(Federal Poverty Guideline) 이하인 경우 무료로 서비스를 받을 수 있습니다. 오른쪽 표를 참조하여 주십시오. 이 서비스를 신청하려면 뒷면의 신청서를 작성하여 740-592-9466번으로 팩스로 전송하십시오. 아니면 소득 관련 서류와 함께 신청서를 우편으로 보내주셔도 됩니다. 주소는 다음과 같습니다.

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

재정 지원은 소득 수준이 연방 빈곤지침선의 400% 이하이며 여타 자격 조건에 부합하는 경우 받을 수 있습니다.

2018 연방 빈곤지침선	
가족 규모	연간 소득 수준
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
인원 1인 추가 시	\$4,320

재정 지원 신청서 작성 요령

*글씨를 알아보기 쉽게 쓰고, 볼펜을 사용하십시오. 중성 펜을 사용하면 안 됩니다.

*어느 작성란에도 "해당 없음(N/A)"을 사용하면 안 됩니다.

* 적은 내용을 수정하려면 잘못된 정보에 선을 그어 지운 다음 올바른 정보를 적어 넣고 이름 머릿글자를 표시하여 본인이 변경했음을 나타내십시오.

작성란 설명	세부 사항
이름/주소/전화번호	환자의 이름, 주소 및 전화번호(지역번호 포함)입니다.
계좌 번호	진술서 앞면에 적힌 계좌 번호를 기재하십시오. 계좌 번호가 없는 경우, 이 칸은 비워 두십시오.
가족 구성원 이름	본인을 포함하여 배우자와 함께 거주 중인 만 18세 미만의 자녀(친자 또는 입양) 등 직계 가족 구성원 이름을 나열하십시오.
나이	각 가족 구성원의 나이를 이름 옆에 기재합니다.
관계	이 사람이 환자와 어떤 관계인지 기재합니다. 예: 본인, 배우자, 자녀(친자 또는 입양) 등.
소득원 또는 고용주 이름	이 사람의 고용주 이름 또는 여타 소득 제공자(소득원)의 이름을 기재합니다. 여기에는 실업 수당, 사회보장, VA(재향군인회), 연금 등이 포함됩니다.
모든 소득에 대한 채용/근무 시작 날짜	이 일을 시작한 날짜 또는 채용된 날짜, 또는 수당(예: 실업 수당, 사회 보장, 퇴직 수당 등)을 받기 시작한 날짜를 기재합니다.
다음 날짜보다 3개월 이전의 소득: 서비스 수령 날짜 또는 신청 날짜	서비스 또는 신청 날짜보다 90일 전에 각 해당인이 받은 총 소득 금액을 기입하십시오. 서비스 90일 전에 소득이 없었던 경우, '0'을 기입하면 됩니다.
다음 날짜보다 12개월 이전의 소득: 서비스 수령 날짜 또는 신청 날짜	서비스 또는 신청 날짜보다 12개월 전에 각 해당인이 번 총 소득 금액을 기입하십시오. 서비스 12개월 전에 소득이 없었던 경우, '0'을 기입하면 됩니다.
소득을 \$0.00로 작성한 경우 생계비를 어떻게 지원받고 있는지 설명을 기재하십시오.	서비스 날짜 또는 신청 날짜보다 앞선 기간 중 3개월 동안 소득이 \$0.00였음에도 불구하고 생계비를 어떻게 지원 받았는지(지원해준 사람의 이름과 전화번호 포함) 설명하십시오. 예: 부모님이 지원해 주셨음 - Mark Smith, Jane Smith 614.111.1111
자산 가치	당좌예금(입출금 계좌) 잔액, 적금, 401K, 403B(둘 다 퇴직 연금 제도), IRA 등 보유한 자산을 모두 기재하십시오. 부동산, 자동차, 선박 등 보유한 자산도 모두 기재합니다. 아무것도 없는 경우 '0'을 기입하십시오.
월별 총 지출	집값/임대료 납입금, 자동차 할부금, 공과금, 식비 등 총 금액입니다.
신청인 서명	서명하고 신청 날짜를 기입합니다.

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

서류를 스테이플러로 묶지 마십시오.

이러한 단계를 따르지 않거나 신청서가 온전히 작성되지 않은 경우 처리가 지연될 수 있습니다.