

संघीय गरीबी दिशानिर्देशहरूमा निर्धारित बराबर वा कम्ती आय भएका व्यक्तिहरू निःशुल्क यो सेवाका पात्र हुन्छन्। कृपया दाहिनेतिर दिइएको तालिका हेर्नुहोस्।
कृपया दाहिनेतिर दिइएको तालिका हेर्नुहोस्।
आवेदन गर्न, पछिल्लिर दिइएको आवेदन पूरा गरेर 740-592-9466 नम्बरमा फ्याक्स गर्नुहोस् वा आफ्नो आय दस्तावेजका साथ निम्न ठेगानामा पठाउनुहोस्:
OhioHealth O'Bleness Memorial Hospital
55 Hospital Drive
Athens, OH 45701

संघीय गरीबी दिशानिर्देशहरूमा निर्धारित आयको 400% वा त्योभन्दा कम्ती आय भएका र अन्य पात्रताहरू पूरा गर्नेहरूका लागि आर्थिक सहयोग उपलब्ध छ।

2018 संघीय गरीबी दिशानिर्देशहरू	
परिवारको आकार	वार्षिक आय स्तर
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
प्रत्येक अतिरिक्त व्यक्ति	\$4,320

आर्थिक सहयोग आवेदन भर्ने सुझावहरू

*कृपया स्पष्ट देखिनेगरी छाप्नुहोस्। जेल पेनको प्रयोग नगर्नु होला।

*कुनै पनि प्रकोष्ठमा "उपलब्ध छैन / लागु हुँदैन" नभर्नु होला।

* सच्याउनको लागि, कृपया गलत सूचनालाई एउटा धर्कोले काटेर, सठीक सूचना लेख्नुहोस् र यो परिवर्तनको लागि छोटकरीमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

कोष्ठक विवरण	विस्तृत जानकारी
नाम/ठेगाना/फोन नम्बर	रोगीको नाम, ठेगाना र फोन नम्बर (क्षेत्रको कोड सहित)
खाता संख्या	विवरणको पहिलो पृष्ठबाट खाता संख्या प्रविष्ट गर्नुहोस्। खाता संख्या उपलब्ध छैन भने, यो कोष्ठकलाई खाली छोड्नुहोस्
परिवारका सदस्यहरूको नाम	नामद्वारा सूचीबद्ध गर्नुहोस्, निकट परिवारका सदस्यहरू जसमा तपाईं स्वयम, श्रीमान/श्रीमति, 18 वर्ष मुनिका (प्राकृतिक वा पालेका) नानीहरू जो घरमा बसोवास गर्दछन्
उमेर	परिवारका प्रत्येक सदस्यको उमेर उनीहरूको नामपछि लेख्नुहोस्
सम्बन्ध	रोगीसित यो व्यक्तिको के सम्बन्ध छ त्यो लेख्नुहोस्। उदाहरणको लागि: श्रीमान/श्रीमति, बच्चा (प्राकृतिक वा पालेको), आदि
आयको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम	यो व्यक्तिको रोजगारदाताको नाम वा आयको कुनै अन्य स्रोत लेख्नुहोस्। यसमा बेरोजगारी, सामाजिक सुरक्षा, भीए, पेन्सन आदि सामेल हुन्छन्
पारिश्रमिक/सबै आय प्राप्त गर्न थालिएको मिति	यो रोजगार थालिएको वा यहाँ बोलाइएको मिति, वा लाभ प्राप्त गर्न थालिएको मिति, जस्तै बेरोजगार, सामाजिक सुरक्षा, सेवानिवृत्ति आदि लेख्नुहोस्
सेवाको मिति वा आवेदनको मितिभन्दा 3 महीना पूर्वको आय	सेवा वा आवेदनको मितिभन्दा 90 दिनअघि यो व्यक्तिले प्राप्त गरेको कुल आयस्ताको रकम प्रविष्ट गर्नुहोस्। 90 दिनअघि कुनै आयस्ता थिएन भने 0 प्रविष्ट गर्नुहोस्
सेवाको मिति वा आवेदनको मितिभन्दा 12 महीना पूर्वको आय	सेवा वा आवेदनको मितिभन्दा 12 महीनाअघि यो व्यक्तिले प्राप्त गरेको कुल आयस्ताको रकम प्रविष्ट गर्नुहोस्। 12 महीनाअघि कुनै आयस्ता थिएन भने 0 प्रविष्ट गर्नुहोस्
तपाईंले \$0.00 आय देखाउनु भएको छ भने, तपाईंलाई कसले सहयोग दियो त्यसको ब्यौहरा दिनुहोस्	सेवा वा आवेदनको मितिभन्दा 3 महीनाअघि तपाईंको आय \$0.00 थियो भने तपाईंलाई कहाँबाट समर्थन प्राप्त भयो (तपाईंको समर्थन गर्ने व्यक्ति (हरू) को/का नाम र फोन नम्बरहरू लगायत) त्यसको वर्णन दिनुहोस्। उदाहरणको लागि: मेरा आमा-बुवाले मेरो सहयोग गर्नुभयो- मार्क र जेन स्मिथ 614.111.1111
सम्पत्तिको मूल्य निर्धारण	खातामा शेष राशि, बचत, 401केहरू, 403बीहरू, आईआरएहरू आदि कुनै उल्लेख गर्नुहोस्। सबै सम्पत्तिहरू जस्तै कार, बोट आदि उल्लेख गर्नुहोस्। यीमध्ये कुनै छैनन् भने, 0 प्रविष्ट गर्नुहोस्
महीनाको कुल खर्च	घर/भाडा भुक्तानी, कार भुक्तानी, उपयोगिता, भोजन आदिको कुल रकम
आवेदकको हस्ताक्षर	आवेदनमा मिति हालेर हस्ताक्षर गर्नुहोस्

ध्यान राख्नुहोस्: आवेदनका साथ पठाइएका सबै दस्तावेजहरूको शीर्षमा खाता संख्या लेखिन्छ भन्ने सुनिश्चित गर्नुहोस्।
दस्तावेजहरूलाई स्टेपल नगर्नु होला।

यी उपायहरूको पालना गर्नुमा विफलता वा एक अपूर्ण आवेदनले गर्दा प्रक्रियालाई अगाडि बढाउनमा अबेर हुनसक्छ।