

Лица, чей доход не превышает федеральный бюджет прожиточного минимума, могут рассчитывать на бесплатное обслуживание. См. таблицу справа.

Чтобы обратиться за помощью, заполните заявку на обратной стороне этого документа и отправьте ее вместе с документами о доходах по факсу 740-592-9466 или по следующему адресу:

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

Финансовая помощь предоставляется лицам, чей доход не превышает 400% от федерального бюджета прожиточного минимума и которые соответствуют другим критериям.

Федеральный бюджет прожиточного минимума на 2018 год	
Кол-во членов семьи	Уровень годового дохода
1	\$12 140
2	\$16 460
3	\$20 780
4	\$25 100
На каждого дополнительного члена семьи	\$4320

Советы по заполнению заявки на предоставление финансовой помощи

*Заполняйте заявку шариковой ручкой печатными буквами. Не используйте гелевую ручку.

*Ни в одной из граф не ставьте прочерк.

* Чтобы внести исправления, зачеркните неверные сведения, впишите правильные и поставьте под исправлением подпись.

Название графы	Подробные сведения
Имя, фамилия, адрес, телефон	Имя, фамилия, адрес и телефон (в том числе междугородный код) пациента.
Номер учетной записи	Впишите номер учетной записи, указанный на лицевой стороне бланка заявки. Если номер учетной записи отсутствует, оставьте графу незаполненной.
Имена и фамилии членов семьи	Укажите имена и фамилии ближайших родственников, в том числе свои, своей супруги (своего супруга), детей младше 18 лет (родных и приемных), проживающих.
Возраст	Рядом с именами и фамилиями членов семьи укажите возраст каждого из них.
Родство	Укажите родственные отношения по отношению к пациенту. Пример: пациент, супруг (супруга), ребенок (родной или приемный) и т. п.
Источник дохода или название работодателя	Укажите название работодателя или любые другие источники дохода данного лица. Такими источниками могут быть пособие по безработице, социальное пособие, пособие для ветеранов, пенсия и т. п.
Дата приема на работу/дата начала поступления каждого из доходов	Укажите дату приема на работу, начала работы или дату получения льгот, например пособия по безработице, социального пособия, дату выхода на пенсию и т. п.
Доход за 3 месяца, предшествовавших дате оказания услуги или дате подачи заявки	Укажите сумму валового дохода, который каждое из лиц получило за 90 дней, предшествовавших дате оказания услуги или дате подачи заявки. Если в течение 90 дней, предшествовавших дате оказания услуги, доход отсутствовал, укажите «0».
Доход за 12 месяцев, предшествовавших дате оказания услуги или дате подачи заявки	Укажите сумму валового дохода, который каждое из лиц получило за 12 месяцев, предшествовавших дате оказания услуги или дате подачи заявки. Если в течение 12 дней, предшествовавших дате оказания услуги, доход отсутствовал, укажите «0».
Если сумма дохода составила \$0,00. США, объясните, за счет каких средств вы существовали	Поскольку ваш доход за 3 месяца, предшествовавших дате оказания услуги или дате подачи заявки, составил 0,00 долл. США, укажите источники средств к существованию (включая имена, фамилии и номера телефонов лиц, которые оказывали вам поддержку). Пример: меня поддерживали мои родители: Марк и Джейн Смит, тел.: 614-111-1111.
Стоимость активов	Укажите все средства на текущем и накопительном счетах, на пенсионных счетах типа 401К и 403В, индивидуальных пенсионных счетах и т. п. Перечислите все объекты недвижимости, автомобили, лодки и т. п. При отсутствии описанных активов, укажите «0».
Ежемесячные совокупные расходы	Общая сумма платежей за аренду жилья и коммунальные услуги, расходов на автомобиль, питание и т. п.
Подпись заявителя	Поставьте на заявке подпись и дату

ПРИМЕЧАНИЕ: Убедитесь, что в верхней части всех документов, отправляемых с заявкой, указан номер учетной записи. Не сшивайте документы скобами.

Невыполнение указанных процедур или частично заполненная заявка могут привести к задержкам при ее обработке.