

Las personas con ingresos iguales o menores a las guías federales de pobreza son idóneos para recibir servicios sin cargo. Consulte el cuadro a la derecha. Para solicitar, debe llenar la solicitud al reverso y enviarla por fax al 419-520-2565 o puede enviarla por correo junto con la documentación de ingresos a:

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

Hay ayuda financiera disponible para aquellos con ingresos iguales o inferiores al 400 % de las guías federales de pobreza y cumplan otros requisitos.

<b>Guías federales de pobreza 2018</b>	
Tamaño de la familia	Nivel de ingreso anual
1	\$12,140
2	\$16,460
3	\$20,780
4	\$25,100
Cada persona adicional	\$4,320

## **Consejos para llenar la solicitud de ayuda financiera**

\*Escriba con letra imprenta legible y utilice un bolígrafo. No utilice lápices gel.

\*No utilice "N/C" en ningún campo.

\*Si necesita corregir, dibuje una línea sobre la información incorrecta, escriba la información correcta y coloque sus iniciales en los cambios.

<b>Descripción del campo</b>	<b>Detalles</b>
<b>Nombre, dirección y número de teléfono</b>	Nombre, dirección y número de teléfono (con código de área) del paciente.
<b>Número de la cuenta</b>	Ingrese el número de la cuenta en la parte delantera de la declaración. Si el número de la cuenta no está disponible, deje la casilla en blanco.
<b>Nombre de los miembros de la familia</b>	Indique por nombre a los miembros de la familia inmediata, lo que incluye a usted mismo, su cónyuge e hijos menores de 18 años (biológicos y adoptivos) que vivan en el hogar.
<b>Edad</b>	Indique la edad de cada familiar junto a su nombre.
<b>Relación</b>	Indique la relación de la persona con el paciente. Ejemplo: paciente, cónyuge, hijo (biológico o adoptivo), etc.
<b>Fuente de ingreso o nombre del empleador</b>	Indique el nombre del empleador o cualquier fuente de ingreso de esta persona. Esto incluye desempleo, Seguro Social, Asuntos de Veteranos, pensiones, etc.
<b>Fecha de contratación o inicio de todos los ingresos</b>	Indique la fecha de contratación o inicio de este empleo o la fecha de inicio de los beneficios, tales como desempleo, Seguro Social, retiro, etc.
<b>Ingreso por 3 meses previos a: Fecha del servicio o Fecha de solicitud</b>	Ingrese la cantidad del ingreso bruto que cada persona recibió 90 días antes del servicio o fecha de solicitud. Si no hay ingresos en los 90 días previos al servicio, ingrese 0.
<b>Ingreso por 12 meses previos a: Fecha del servicio o Fecha de solicitud</b>	Ingrese la cantidad del ingreso bruto que cada persona recibió 12 meses antes del servicio o fecha de solicitud. Si no hay ingresos en los 12 meses previos al servicio, ingrese 0.
<b>Si escribe un ingreso de \$0.00, debe proporcionar una explicación de cómo estaba recibiendo ayuda.</b>	Explique sus medios de sustento (además de los nombres y números de teléfono de las personas que lo ayudan) desde que el ingreso fue de \$0.00 durante los 3 meses previos a la fecha del servicio o la solicitud. Ejemplo: Mis padres me ayudaron – Mark y Jane Smith 614.111.1111
<b>Valor de los activos</b>	Indique cualquier dinero de cuenta de crédito, de ahorro, de 401(k), 403(b), IRA, etc. Indique toda propiedad, auto, bote, etc. Si no tiene ninguno, ingrese 0.
<b>Gastos mensuales totales</b>	Cantidad total de pago del hogar o arriendo, pago del auto, servicios básicos, alimento, etc.
<b>Firma del solicitante</b>	Firme y feche la solicitud

**NOTA: Asegúrese de que el número de la cuenta está escrito en la parte superior de todos los papeles que se envían con esta solicitud.**

**No engrape estos documentos.**

**Si no sigue estos pasos o no llena la solicitud podría haber un retraso en el procesamiento.**