

Las personas con ingresos iguales o inferiores 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 740-592-9466 o puede enviarla por correo junto con la documentación de ingresos a:

OhioHealth OPleness Memorial Hospital
55 Hospital Drive
Athens, OH 45701

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

Guías federales de pobreza 2018	
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.

Descripción del campo	Detalles
Nombre, dirección y número de teléfono	Nombre, dirección y número de teléfono (con código de área) del paciente.
Número de la cuenta	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.
Nombre de los miembros de la familia	Indique por nombre a los miembros de la familia inmediata, lo que incluye a usted mismo, cónyuge e hijos menores de 18 años (biológicos y adoptivos) que vivan en el hogar.
Edad	Indique la edad de cada familiar junto a su nombre.
Relación	Indique la relación de la persona con el paciente. Ejemplo: paciente, cónyuge, hijo (biológico o adoptivo), etc.
Fuente de ingresos o nombre del empleador	Indique el nombre del empleador o cualquier fuente de ingreso de esta persona. Esto incluye desempleo, Seguro Social, Asuntos de Veteranos, pensiones, etc.
Fecha de contratación o inicio de todos los ingresos	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.
Ingreso por 3 meses previos a: Fecha del servicio o Fecha de solicitud	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.
Ingreso por 12 meses previos a: Fecha del servicio o Fecha de solicitud	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.
Si escribe un ingreso de \$0.00, debe proporcionar una explicación de cómo estaba recibiendo ayuda.	Explique sus medios de sustento (además de los nombres y números de teléfono de las personas que lo ayudan) desde que el ingreso es \$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
Valor de los activos	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.
Gastos mensuales totales	Cantidad total de pago del hogar o arriendo, pago del auto, servicios básicos, alimento, etc.
Firma del solicitante	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.