



Las personas con ingresos iguales o inferiores a las pautas federales de pobreza son elegibles para recibir los servicios sin cargo.

Pautas federales de pobreza 2026	
Tamaño de la familia	Nivel de ingreso anual
1	\$15,960
2	\$21,640
3	\$27,320
4	\$33,000
Cada persona adicional	\$5,680

Descripción del campo	Detalles
<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, al cónyuge y a los hijos menores de 18 años (biológicos y adoptivos) que viven 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 ingresos o nombre del empleador</b>	Indique el nombre del empleador o cualquier otra fuente de ingresos de esta persona. Esto incluye desempleo, Seguro Social, Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA), pensiones, etc.
<b>Fecha de contratación o de 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 con desempleo, Seguro Social, jubilación, etc.
<b>Ingreso por los 3 meses previos a: fecha del servicio o fecha de solicitud</b>	Ingrese el monto 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 los 12 meses previos a: fecha del servicio o fecha de solicitud</b>	Ingrese el monto 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 sustento</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 \$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), cuenta de jubilación individual (individual retirement account, IRA), etc. Indique toda propiedad, vehículo, bote, etc. Si no tiene ninguno, ingrese 0.
<b>Gastos mensuales totales</b>	Cantidad total de pago del hogar o alquiler, pago del vehículo, servicios básicos, alimentación, etc.

Consulte el cuadro a la derecha.

Para solicitar la ayuda, llene la solicitud al reverso y envíela por fax al 614-5666080 o por correo junto con los documentos de ingresos a:

OhioHealth Financial Assistance

L-4312

Columbus OH 43260

<b>Firma del solicitante</b>	Firme e indique la fecha de la solicitud
------------------------------	--

Hay ayuda financiera disponible para aquellos con ingresos iguales o inferiores al 400 % de lo establecido en las pautas federales de pobreza y que cumplan otros requisitos.

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

\*Escriba con letra de imprenta legible y utilice un bolígrafo. No utilice lapiceros de 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.

**NOTA: asegúrese de que el número de la cuenta esté escrito en la parte superior de todos los documentos 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.**

(1/19)