

Các cá nhân có thu nhập bằng hoặc dưới ngưỡng
đói nghèo của liên bang đủ điều kiện được hưởng dịch vụ mà không phải đóng phí.
Vui lòng xem bảng bên phải.

Để nộp đơn xin, hãy hoàn thành đơn xin ở mặt sau và fax tài liệu
đến số 614-566-6080 hoặc gửi đơn xin cùng với giấy tờ chứng minh
thu nhập đến:

Phòng Hỗ Trợ Tài Chính OhioHealth
P.O. Box 7527
Dublin, OH 43016

Hỗ trợ tài chính được cung cấp cho những đối tượng có thu nhập bằng và dưới
400% ngưỡng đói nghèo của liên bang và đáp ứng các tiêu chuẩn khác.

Ngưỡng Đói Nghèo Liên Bang 2021	
Quy Mô Gia Đình	Mức Thu Nhập Hàng Năm
1	12.880 USD
2	17.420 USD
3	21.960 USD
4	26.500 USD
Mỗi thành viên bổ sung	4.540 USD

Gợi Ý Hoàn Thành Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

*Vui lòng in tài liệu rõ nét và sử dụng bút bi. Không dùng bút nước.

*Không sử dụng "N/A" trong trường bất kỳ.

* Để chỉnh sửa, hãy gạch ngang thông tin không chính xác, viết lại thông tin chính xác và ký tắt ở phần thay đổi.

Mô Tả Trường	Chi Tiết
Tên/Địa Chỉ/Số Điện Thoại	Tên, địa chỉ và số điện thoại (bao gồm mã vùng) của bệnh nhân
Số Tài Khoản	Nhập số tài khoản từ mặt trước của tờ khai. Nếu không có số tài khoản, để ô trống
Tên Các Thành Viên Gia Đình	Liệt kê các thành viên gia đình trong gia đình ruột thịt theo tên, bao gồm quý vị, vợ/chồng, con dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống cùng nhà
Độ Tuổi	Liệt kê tuổi của mỗi thành viên gia đình gần tên thành viên
Quan hệ	Liệt kê mối quan hệ của thành viên với bệnh nhân. Ví dụ: Bản thân, vợ/chồng, con (con đẻ hoặc con nuôi), v.v.
Nguồn Thu Nhập hoặc Tên Chủ Lao Động	Liệt kê tên chủ lao động hoặc bất kỳ nguồn thu nhập nào khác của thành viên này. Có thể bao gồm trợ cấp thất nghiệp, hưởng an sinh xã hội, VA, lương hưu, v.v.
Ngày Tuyển Dụng/Bắt Đầu có Thu Nhập	Liệt kê ngày bắt đầu làm việc hoặc tuyển dụng cho công việc này hoặc ngày bắt đầu hưởng phúc lợi như trợ cấp thất nghiệp, an sinh xã hội, nghỉ hưu, v.v.
Thu Nhập trong 3 Tháng Trước: Ngày Thực Hiện Dịch Vụ hoặc Ngày Nộp Đơn	Nhập tổng thu nhập của mỗi người nhận được trong vòng 90 ngày trước ngày thực hiện dịch vụ hoặc ngày nộp đơn. Nếu không có thu nhập trong vòng 90 ngày trước ngày thực hiện dịch vụ, nhập 0
Thu Nhập trong 12 Tháng Trước: Ngày Thực Hiện Dịch Vụ hoặc Ngày Nộp Đơn	Nhập tổng thu nhập của mỗi người trong vòng 12 tháng trước ngày thực hiện dịch vụ hoặc ngày nộp đơn. Nếu không có thu nhập trong vòng 12 tháng trước ngày thực hiện dịch vụ, nhập 0
Nếu quý vị ghi thu nhập bằng 0,00 USD, hãy giải thích hình thức hỗ trợ mà quý vị đã nhận được	Giải thích phương thức hỗ trợ (bao gồm tên và số điện thoại của (các) cá nhân đã hỗ trợ quý vị) nếu thu nhập của quý vị là \$0,00 trong vòng 3 tháng trước ngày điều trị hoặc ngày đăng ký. Ví dụ: Cha mẹ tôi đã hỗ trợ – Mark & Jane Smith 614.111.1111
Giá Trị Tài Sản	Liệt kê giá trị trong tài khoản séc, tiết kiệm, chương trình 401K, 403B, IRA, v.v. Liệt kê tất cả bất động sản, ô tô, thuyền, v.v. Nếu không có, nhập 0
Tổng Chi Phí Hàng Tháng	Tổng chi phí nhà ở/thuê nhà, trả tiền xe, dịch vụ tiện ích, thực phẩm, v.v.
Chữ Ký của Người Nộp Đơn	Ký tên và đề ngày trên đơn

LƯU Ý: Đảm bảo ghi số tài khoản ở trên cùng của tất cả các giấy tờ được gửi kèm theo đơn xin.

Không kẹp tài liệu.

Việc không tuân thủ các bước nêu trên hoặc đơn xin chưa hoàn thiện có thể dẫn đến chậm trễ trong quá trình xử lý.