

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

614-566-6080 или

по следующему адресу:

OhioHealth Financial Assistance

L-4312

Columbus OH 43260

Финансовая помощь предоставляется лицам, чей доход не превышает

400% от федерального бюджета прожиточного минимума и которые соответствуют другим критериям.

| Федеральный бюджет прожиточного минимума на 2023 год | |
|--|-------------------------|
| Кол-во членов семьи | Уровень годового дохода |
| 1 | 14 580\$ |
| 2 | 19 720\$ |
| 3 | 24 860\$ |
| 4 | 30 000\$ |
| На каждого дополнительного члена семьи | 5 140\$ |

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.

* To make corrections, please put a line through the incorrect information, write in the correct information and initial the change.

| 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 совместно. |
| 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 месяцев, предшествовавших дате оказания услуги, доход отсутствовал, укажите «0». |
| Если сумма дохода составила 0,00 долл. 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: My parents supported me – Mark & Jane Smith 614.111.1111 |
| Стоимость активов | List any checking account money, savings, 401K's, 403B's, IRA's, etc. List all property, cars, boats, etc. If there are none, enter 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.

(01.2019)