



**Asistencia Financiera
Proceso y solicitud**

Ochsner Health (Ochsner) se compromete a prestar asistencia financiera a los pacientes que muestren una necesidad o dificultad financiera, que hayan recibido servicios de atención médicamente necesarios proporcionados por OHS. Los servicios médicamente necesarios son servicios que son razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. El médico examinador determinará la necesidad médica. Esta solicitud no sirve como garantía de asistencia financiera ni reducción de la deuda pendiente.

La solicitud debe incluir:

- Todos los documentos necesarios para usted y su Co-solicitante, si procede.
- Prueba de los dependientes de cualquier persona que figure en la solicitud.
- Solicitud de asistencia financiera de Ochsner completa.
- Formulario de declaración del paciente con firma y fecha.
- Prueba de domicilio en LA, MS, AL.

Por favor, incluya todos los documentos correspondientes que se indican a continuación:

A. Prueba de ingresos (proporcione 1 de los siguientes):

- a. Copia de la declaración de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en curso o
- b. Copia de los tres (3) últimos recibos de sueldo.
- c. Si está desempleado(a), presente una carta de su último empleador Ó una copia de la carta de beneficio por desempleo Ó una carta certificando la negación de beneficios por desempleo del Departamento del Trabajo del estado pertinente
- d. Si no se puede presentar ningún ingreso, por favor, complete y firme la verificación de falta de ingresos/declaración de apoyo (ver anexo)
- e. Si está separado(a), presente una copia de la declaración de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en curso.

B. Copia de la carta de concesión mensual de la Administración del Seguro Social

C. Copia de la carta de concesión mensual por discapacidad

D. Copia de la tarjeta/información del seguro médico

E. Comprobante de domicilio

- a. Licencia de conducir/tarjeta de identificación válida de Luisiana
- b. Factura actual de servicios públicos (que muestra el nombre y la dirección del solicitante)
- c. Contrato de alquiler (que muestra el nombre y la dirección del solicitante)
- d. Registro de votantes

F. Otros ingresos:

- a. Manutención del cónyuge o de los hijos (copia de la carta en la que se indica el importe mensual de la concesión)
- b. Propiedad en alquiler
- c. Ingreso por inversiones

G. Prueba de las personas a cargo

- a. Copia de la declaración de impuestos (formulario 1040) del año fiscal en curso
- b. Registros o estados de cuenta escolares
- c. Estados de cuenta de los proveedores de atención médica

Sírvase de enviar la información completa a:

Ochsner Health System

Attn: _____

1514 Jefferson Hwy

New Orleans, LA 70121

Las solicitudes también pueden enviarse por correo electrónico o por fax a:

Fax- (504)-842-0322 Correo electrónico- OchsnerFADocs@ochsner.org

Solicitud de asistencia financiera

Número de historial médico: _____

Información de ingresos: A continuación, complete la información del ingreso. Indique si el ingreso enumerado los recibe por mes o por año.				
<i>Si está casado(a), incluya la información del ingresos del cónyuge en la columna Co-solicitante</i>				
Fuentes de ingresos	Solicitante	Por mes/año	Co-solicitante	Por mes/año
Empleo	\$		\$	
Seguro social	\$		\$	
Discapacidad	\$		\$	
Desempleo	\$		\$	
Propiedad en alquiler	\$		\$	
Inversiones	\$		\$	
Manutención del cónyuge	\$		\$	
Manutención de menores	\$		\$	
Ingreso total combinado				\$

Información de solicitante(s)

Información del solicitante/garante			
Relación con el paciente:		Estado civil (*):	
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
<i>* Si es casado, incluya la información e ingreso del cónyuge</i>			
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano de EE. UU.
Fecha de nacimiento	Cantidad de personas a cargo	Edad de las personas a cargo	Número de teléfono actual
Dirección		Ciudad, parroquia, estado	Código postal
Empleador actual		Ciudad, parroquia, estado	Puesto

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?

Información del Co-solicitante

Relación con el paciente:

Paciente Cónyuge Padre o madre

Sí No

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano de EE.UU.
----------	--------	----------------------------	---------------------

Fecha de nacimiento	Cantidad de personas a cargo	Edad de las personas a cargo	Número de teléfono actual
---------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Dirección	Ciudad, parroquia, estado	Código postal
-----------	---------------------------	---------------

Empleador actual	Ciudad, parroquia,	Puesto
------------------	--------------------	--------

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?

Declaración

- He cumplido con el proceso de selección del **Programa de Oschner para Asistencia de Costos Médicos (MCAP, por sus siglas en inglés)** para determinar si puedo calificar para recursos alternativos (COBRA, Seguro Social, Medicaid y Víctimas de Delitos).
- Entiendo que hasta que haya cumplido con el proceso de elegibilidad del MCAP, o con el proceso de solicitud pertinente, no podré recibir asistencia financiera.
- Entiendo que los saldos pendientes correspondientes a servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico, como los servicios puramente optativos o estéticos, no califican para la asistencia financiera, y no he incluido ninguno de esos saldos en esta solicitud.
- En caso de que haya incluido saldos pendientes correspondientes a servicios puramente optativos o estéticos, estos no serán ajustados. En el caso de que hayan sido ajustados por error, se restablecerán.
- De ser necesario, he proporcionado mi tarjeta de seguro más reciente/actual con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros.
- De ser necesario, he proporcionado mi tarjeta de seguro más reciente/actual con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros. Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud, así como todos los documentos adicionales, son exactos y auténticos a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha de la solicitud

Teléfono/contacto

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Anexo(s)

Declaración

Verificación de falta de ingresos

Verificación de falta de ingresos / declaración de manutención

_____ **(Solicitante)** está solicitando asistencia financiera a Ochsner Health System. El solicitante ha declarado que no recibe ningún ingreso mensual/anual. El solicitante lo ha indicado como único medio de respaldo.

A mi leal saber y entender, el solicitante no tiene ingresos y certifico que esto es verdadero. Proporciono al solicitante comida y alojamiento y/o le proporciono ayuda financiera como se especifica a continuación _____

(Relación con el solicitante, por ejemplo: alojamiento, madre, padre, otro)

Proporciono:

- Comida y alojamiento \$ _____ Monto total aproximado
- ayuda financiera \$ _____ Monto total aproximado
- Otro \$ _____ Monto total aproximado

Nombre en letra de molde (del colaborador)

Firma (del colaborador)

Fecha

Teléfono/contacto

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

En caso de tener alguna pregunta o inquietud, puede ponerse en contacto con el departamento de Atención al Cliente de Cuentas de Pacientes por teléfono, llamando al 601-703-9384.

Ochsner Health System:
Attn: _____
1514 Jefferson Hwy
New Orleans, LA 70121