Asistencia Financiera
Proceso y solicitud

Ochsner LSU Health System ("OLHS") 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 OLHS. 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 de reducción de la deuda pendiente.

En la solicitud se debe incluir lo siguiente:

- Todos los documentos requeridos para el solicitante y el cosolicitante, si corresponde.
- Comprobante de las personas que tiene a cargo enumeradas en la solicitud.
- Solicitud de asistencia financiera de Ochsner LSU completa.
- Formulario de declaración del paciente fechado y firmado.
- Comprobante de residencia en Estados Unidos.

Incluya todos los documentos que correspondan de los que se enumeran a continuación:

A. Comprobante de ingresos (proporcione uno de los siguientes documentos):
a. Copia de la declaración de impuestos (Formulario 1040) del año fiscal en curso, 4506-T o
b. Copia de los tres (3) últimos recibos de sueldo.
c. Si está desempleado/a, presente una carta de su último empleador O una copia de la carta de beneficio por desempleo O una carta que certifique la negación de beneficios por desempleo del Departamento del Trabajo del estado correspondiente.
d. Si no puede proporcionar un comprobante de ingresos, complete y firme la Verificación de falta de ingresos/Declaración de apoyo (ver adjunto).
e. Si está separado/a, presente una copia de la declaración de impuestos (Formulario 1040) correspondiente al año fiscal en curso.
f. Copia de la carta de adjudicación mensual de la Administración del Seguro Social.
g. Copia de la carta de adjudicación mensual por discapacidad

B. Copia de la tarjeta/información del seguro médico

C. Comprobante de residencia (proporcionar uno de los siguientes documentos):
a. Licencia de conducir / documento de identificación vigente de EE. UU.
b. Factura de servicios actual (con nombre y domicilio del solicitante visibles).
c. Contrato de alquiler (con nombre y domicilio del solicitante visibles).
d. Registro electoral.

D. Todo lo que constituya otros ingresos (proporcione uno de los siguientes documentos):
a. Manutención de cónyuge/hijos (copia del documento que indica el monto de la pensión alimentaria mensual).
b. Propiedades en alquiler.
c. Ingresos por inversiones.

E. Comprobante de personas a cargo (proporcione uno de los siguientes documentos, si corresponde):
a. Copia de la declaración de impuestos (Formulario 1040) del año fiscal en curso.
b. Expedientes o declaraciones escolares.
c. Declaraciones de proveedores de salud.

Envíe la información completa a:
Ochsner LSU Health System
Departamento de Asesoramiento Financiero
1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

Las solicitudes también pueden enviarse por correo electrónico o por fax a:
Fax: (318)698-8191 Correo electrónico:Financial_Counseling@ochsner.org

Solicitud de Asistencia Financiera

HISTORIA CLÍNICA (MRN): _____

Información de ingresos: Complete la información de ingresos que se solicita a continuación. ***Si está casado/a, incluya los ingresos del cónyuge en la columna cosolicitante.***				
Fuente de ingresos	**Solicitante**	**Ingreso mensual bruto**	**Cosolicitante**	**Ingreso mensual bruto**
Empleo	$		$	
Seguro social	$		$	
Discapacidad	$		$	
Desempleo	$		$	
Propiedades en alquiler.	$		$	
Ingresos por inversiones.	$		$	
Manutención del cónyuge	$		$	
Manutención de menores	$		$	
			Ingreso total combinado	$

Información de solicitante(s)

Información del solicitante/garante			
Relación con el paciente: [ ] Paciente [ ] Cónyuge [ ] Padre o madre		**Estado civil (*):** [ ] Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a [ ] Separado/a	
Apellido	**Nombre**	**Inicial del segundo nombre**	**Número de seguro social**
Fecha de nacimiento	**Cantidad de personas a cargo**	**Edad de las personas a cargo**	**Número de teléfono actual**
Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**
Empleador actual			**Puesto**

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?			
Información del cosolicitante ** Si es casado/a, incluya la información e ingresos del cónyuge* **Relación con el paciente:** [ ] Paciente [ ] Cónyuge [ ] Padre o madre			
Apellido	**Nombre**	**Inicial del segundo nombre**	**Número de seguro social**
Fecha de nacimiento	**Cantidad de personas a cargo**	**Edad de las personas a cargo**	**Número de teléfono actual**
Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**
Empleador actual			**Puesto**
Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?			

Adjunto(s)
Declaración
Verificación de falta de ingresos

Declaración

- He cumplido con el proceso de selección de Ochsner LSU Health System 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 selección de Asesoramiento Financiero, o con el proceso de solicitud correspondiente, 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. También reconozco que no se tomarán en cuenta para esta solicitud los saldos que excedan los 240 días desde la emisión de la primera factura posterior al alta por atención.
- En caso de que haya incluido saldos pendientes correspondientes a servicios puramente optativos o estéticos, estos no serán ajustados. Si se ajustan por error, se restablecerán.
- De ser necesario, he proporcionado mi tarjeta de seguro más reciente/vigente con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros.
- He proporcionado toda la documentación requerida desde la página 1 del presente formulario. Declaro que toda la información contenida en esta solicitud, así como todos los documentos de respaldo, 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)

_____ y _____

(**Solicitante)** **(Cosolicitante) si corresponde**

La persona mencionada anteriormente está solicitando asistencia financiera a Ochsner LSU Health System y ha declarado que no recibe ningún ingreso mensual/anual. La persona solicitante lo/a ha identificado a usted como único medio de respaldo.

A mi leal saber y entender, la persona 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
- Otros **$**_____ Monto total aproximado

_____ _____

Nombre en letra de molde (del colaborador) **Firma** (del colaborador)

_____ _____

Fecha **Teléfono/contacto**

_____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

******Si no recibe ingresos de ninguna fuente, firme aquí******

Yo, _____ actualmente no recibo ingresos ni ayuda financiera de ninguna fuente**.**

Yo, _____ no tengo empleo y no recibo ingresos externos. Recibo ayuda financiera de mi cónyuge _____ (nombre del cónyuge).

Firma_____**Fecha**_____

Solicitante/cosolicitante (*si corresponde*)

Ochsner LSU Health System
Departamento de Asesoramiento Financiero
1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103