

Hỗ trợ Tài chính Quy trình & Đơn đăng ký

Ochsner LSU Health System (“OLHS”) cam kết cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân có nhu cầu hoặc khó khăn về tài chính được chứng minh, đã nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế do OLHS cung cấp, Dịch vụ cần thiết về mặt y tế là dịch vụ hợp lý hoặc cần thiết cho việc chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích. Sự cần thiết về mặt y tế sẽ được quyết định bởi bác sĩ thăm khám. Đơn đăng ký này không có vai trò đảm bảo hỗ trợ tài chính hoặc giảm nghĩa vụ nợ phải trả.

Đơn đăng ký phải bao gồm:

- Các tài liệu cần thiết dành cho quý vị và người cùng làm đơn nếu có.
- Bảng chứng Người Phụ thuộc cho bất kỳ ai được liệt kê trong đơn đăng ký.
- Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Ochsner LSU đã Điền đầy đủ thông tin
- Mẫu đơn Chứng nhận của Bệnh nhân đã Ký tên và Ghi ngày
- Bảng chứng Cư trú tại Hoa Kỳ

Vui lòng đính kèm tất cả các tài liệu liên quan được liệt kê dưới đây:

A. Bảng chứng về thu nhập (Vui lòng cung cấp 1 trong những giấy tờ sau):

- a. Bản sao tờ khai thuế (Mẫu 1040) cho năm thuế hiện tại, 4506-T hoặc
- b. Bản sao của ba (3) phiếu lương gần nhất.
- c. Nếu thất nghiệp, vui lòng cung cấp lá thư từ chủ lao động gần nhất HOẶC bản sao thư cấp trợ cấp thất nghiệp HOẶC thư xác nhận từ chối trợ cấp thất nghiệp từ sở lao động tiểu bang có thẩm quyền.
- d. Nếu không thể cung cấp bằng chứng về thu nhập, vui lòng điền đầy đủ thông tin và ký vào Mẫu Xác minh Không có Thu nhập/Tuyên bố Hỗ trợ (xem tài liệu đính kèm)
- e. Nếu gửi riêng, vui lòng nộp bản sao tờ khai thuế (Mẫu 1040) cho năm thuế hiện tại.
- f. Bản sao thư trợ cấp hàng tháng của Sở An sinh Xã hội
- g. Bản sao thư trợ cấp hàng tháng dành cho người khuyết tật

B. Bản sao thẻ bảo hiểm y tế/thông tin về bảo hiểm y tế

C. Bảng chứng Cư trú ((Vui lòng cung cấp 1 trong các tài liệu sau):

- a. Giấy phép lái xe/Thẻ định danh hợp lệ của Hoa Kỳ
- b. Hóa đơn Dịch vụ Tiện ích Hiện có (cho thấy họ tên và địa chỉ của người đăng ký)
- c. Hợp đồng Cho thuê (có họ tên và địa chỉ của người đăng ký)
- d. Đăng ký Cử tri

D. Tất cả các khoản thu nhập khác (Vui lòng cung cấp 1 trong những giấy tờ sau):

- a. Tiền trợ cấp cho vợ/chồng/Trợ cấp Nuôi con (Bản sao thư nêu rõ số tiền trợ cấp hàng tháng)
- b. Bất động sản Cho thuê
- c. Thu nhập từ Đầu tư

E. Bảng chứng về Người phụ thuộc (Vui lòng cung cấp 1 trong những giấy tờ sau nếu có):

- a. Bản sao tờ khai thuế (Mẫu 1040) cho năm thuế hiện tại
- b. Hồ sơ học tập hoặc báo cáo của trường
- c. Tuyên bố của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Vui lòng Gửi thông tin đã Hoàn thành đến:

Ochsner LSU Health System
Financial Counseling Department
1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

Quý vị cũng có thể gửi đơn đăng ký qua email hoặc fax đến:

Fax: (318)698-8191

Email: Financial_Counseling@ochsner.org

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính

MRN: _____

Thông tin về Thu nhập: Vui lòng điền đầy đủ thông tin về thu nhập ở bên dưới.
Nếu đã kết hôn, vui lòng điền thông tin về thu nhập của vợ/chồng vào trường Người cùng đăng ký.

Nguồn Thu nhập	Người đăng ký	Thu nhập Gộp Hàng tháng	Người cùng đăng ký	Thu nhập Gộp Hàng tháng
Làm công	\$		\$	
An sinh Xã hội	\$		\$	
Tình trạng Khuyết tật	\$		\$	
Thất nghiệp	\$		\$	
Bất động sản Cho thuê	\$		\$	
Thu nhập từ Đầu tư	\$		\$	
Tiền trợ cấp cho Vợ/chồng	\$		\$	
Trợ cấp Nuôi con	\$		\$	
Tổng Thu nhập Gộp				\$

Thông tin về (những) người đăng ký

Thông tin về Người đăng ký/Người bảo lãnh

Mối quan hệ với bệnh nhân:

Tình trạng Hôn nhân (*):

☐ Bản thân

☐ Vợ/chồng

☐ Cha mẹ

☐ Độc thân

☐ Đã kết hôn

☐ Đã ly hôn

☐ Đã ly thân

Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	Số An sinh Xã hội
Ngày Sinh	Số lượng Người phụ thuộc	Tuổi của Người phụ thuộc	Số điện thoại Hiện nay
Địa chỉ Đường phố Tiểu bang	Thành phố	ZIP	
Chủ lao động Hiện tại	Chức vụ		
Nếu hiện không đi làm, quý vị đã thất nghiệp bao lâu rồi?			
Thông tin về người cùng đăng ký * Nếu đã Kết hôn, vui lòng cung cấp thông tin về vợ/chồng và thu nhập			
Mối quan hệ với bệnh nhân: ☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng ☐ Cha mẹ			
Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	Số An sinh Xã hội
Ngày Sinh	Số lượng Người phụ thuộc	Tuổi của Người phụ thuộc	Số điện thoại Hiện nay

Địa chỉ Đường phố Tiểu bang	Thành phố	ZIP
Chủ lao động Hiện tại		Chức vụ
Nếu hiện không đi làm, quý vị đã thất nghiệp bao lâu rồi?		

(Các) tài liệu đính kèm
Chứng thực
Mẫu Xác minh Không có Thu nhập

Chứng thực

- Tôi đã tuân thủ quy trình sàng lọc của Ochsner LSU Health System để xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận các nguồn hỗ trợ thay thế (COBRA, An sinh Xã hội, Medicaid và Nạn nhân của Tội phạm) hay không.
- Tôi hiểu rằng trước khi tôi tuân thủ quy trình xác định điều kiện hội đủ nhận dịch vụ tư vấn tài chính hoặc quy trình nộp đơn hiện hành, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
- Tôi hiểu rằng số dư do các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế, chẳng hạn như dịch vụ thẩm mỹ hoặc dịch vụ tự chọn, không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Tôi cũng hiểu rằng số dư quá 240 ngày kể từ ngày ghi trên hóa đơn đầu tiên sau xuất viện cho một đợt chăm sóc sẽ không được tính trong yêu cầu này.
- Nếu tôi đã tính cả số dư từ các dịch vụ tự chọn hoặc dịch vụ thẩm mỹ, thì các khoản đó sẽ không được điều chỉnh. Nếu điều chỉnh sai, các khoản đó sẽ được khôi phục lại.
- Nếu áp dụng, tôi đã cung cấp thẻ Bảo hiểm mới nhất/hiện đang dùng của tôi cùng các thông tin phù hợp để gửi yêu cầu thanh toán cho quá khứ, hiện tại và tương lai.
- Tôi đã cung cấp tất cả các tài liệu được yêu cầu trong trang 1 của mẫu đơn này. Tôi xin xác nhận rằng mọi thông tin được cung cấp trong tờ đơn này, cũng như mọi tài liệu hỗ trợ, đều chính xác và trung thực theo hiểu biết và khả năng tốt nhất của tôi.

Tên viết In hoa

Chữ ký

Ngày Nộp đơn

Điện thoại/Thông tin Liên hệ

Địa chỉ (Địa chỉ Đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP)

Mẫu Xác minh Không có Thu nhập/Tuyên bố Hỗ trợ

(Người đăng ký) & _____
(Người cùng đăng ký) nếu có

Người đăng ký nêu trên đang nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cho Ochsner LSU Health System và đã tuyên bố rằng họ không có bất kỳ khoản thu nhập hàng tháng/hàng năm nào. Người đăng ký đã ghi tên quý vị là bên duy nhất hỗ trợ cho họ.

Theo hiểu biết của tôi, người đăng ký không có thu nhập và tôi xin xác nhận điều này là đúng. Tôi sẽ cung cấp cho người đăng ký thức ăn và nơi ở và/hoặc hỗ trợ tài chính cho người đăng ký như được chỉ định dưới đây

(Mối quan hệ với người đăng ký - ví dụ: Nhà tạm trú, Mẹ, Cha, Khác)

Tôi đang cung cấp:

- | | | |
|--------------------------|----------|----------------------------------|
| • Thức ăn và Nơi tạm trú | \$ _____ | Tổng số tiền hàng tháng ước tính |
| • Hỗ trợ Tài chính | \$ _____ | Tổng số tiền hàng tháng ước tính |

• Khác

\$ _____

Tổng số tiền hàng tháng ước tính

Tên viết In hoa (của người hỗ trợ)

Chữ ký (của người hỗ trợ)

Ngày

Điện thoại/Thông tin Liên hệ

Địa chỉ (Địa chỉ Đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP)

****Nếu quý vị không có thu nhập từ bất kỳ nguồn nào, vui lòng ký tại đây****

Tôi, _____ hiện tại không có thu nhập hoặc hỗ trợ tài chính từ bất kỳ nguồn nào.

Tôi, _____ đang thất nghiệp và không có thu nhập bên ngoài. Tôi đang nhận hỗ trợ tài chính từ vợ/chồng của tôi _____ (tên của vợ/chồng).

Chữ ký _____ Ngày _____

Người đăng ký/Người cùng đăng ký (nếu có)

**Ochsner LSU Health System
Financial Counseling Department
1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103**