

Proceso y solicitud de ayuda financiera

Ochsner LSU Health System (OLHS) se compromete a dar ayuda financiera a los pacientes que hayan recibido servicios de atención médica médicamente necesarios de OLHS y que demuestren necesidades o dificultades financieras. Los servicios médicamente necesarios son los razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. El médico examinador determinará la necesidad médica. Esta solicitud no constituye una garantía de ayuda financiera ni una reducción de una deuda pendiente.

Formularios que debe incluir:

- Solicitud de ayuda financiera de OLHS
- Testimonio del paciente de OLHS

Documentación que debe incluir:

1. Una copia de su declaración de impuestos más reciente O una copia de los tres (3) recibos de sueldo más recientes suyos y del cosolicitante.
 - Si está desempleado, presente una carta de su último empleador O una copia de la carta de asignación por desempleo O una carta que certifique la denegación de los beneficios por desempleo del Departamento de Trabajo del estado correspondiente.
2. Estados de cuenta de los últimos dos (2) meses suyos y del cosolicitante.

****Debe incluir los puntos 1 y 2 para que se procese su solicitud. Si no cumple estos puntos, presente una declaración por escrito que lo especifique.****

Si corresponde:

1. Copia de la carta de asignación mensual de la Administración del Seguro Social
2. Copia de la carta de asignación mensual por discapacidad
3. Copia de la carta de asignación de ayuda a las familias con hijos dependientes (Aid to Families with Dependent Children, AFDC) u hoja de presupuesto de cupones de comida
4. Información/Copia de la tarjeta del seguro de atención médica
5. Cualquier otro ingreso:
 - Manutención infantil o conyugal
 - Propiedad alquilada
 - Ingresos de inversión
6. Carta de denegación de Medicaid del administrador del estado
7. Comprobante de dependientes (declaración de impuestos más reciente)

****Si alguno de los puntos de arriba se aplica a usted, no podremos procesar su solicitud sin esa documentación.****

Envíe la información completa por correo a:

OLHS Financial Counseling Department
1541 Kings Highway
Shreveport, LA 71103

Información de los ingresos

Complete la información de los ingresos abajo. Indique si recibe el ingreso por mes o por año. Si está casado, escriba el ingreso de su cónyuge en la columna del cosolicitante.

| Fuente del ingreso | Solicitante | Por mes/año | Cosolicitante | Por mes/año |
|--------------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|
| Empleo | \$ | | \$ | |
| Seguro Social | \$ | | \$ | |
| Discapacidad | \$ | | \$ | |
| Desempleo | \$ | | \$ | |
| Propiedad alquilada | \$ | | \$ | |
| Ingreso de inversión | \$ | | \$ | |
| Manutención conyugal | \$ | | \$ | |
| Manutención infantil | \$ | | \$ | |
| Ingreso total combinado | | | | \$ |

Información del solicitante/garante

| Relación con el paciente: | | Estado civil (*): | | |
|--|------------------------|--|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado | | |
| <i>*Si está casado, incluya la información y el ingreso de su cónyuge.</i> | | | | |
| Apellido | Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Ciudadano de los EE. UU. | Número de Seguro Social |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Fecha de nacimiento | Número de dependientes | Edad de los dependientes | Número de teléfono actual | |
| | | | | |
| Dirección | | | Ciudad, condado, estado, código postal | |
| | | | | |
| Empleador actual | | Ciudad, condado, estado, código postal | | Puesto |
| | | | | |
| Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado? | | | | |
| | | | | |

| |
|--------------------|
| Número de garante: |
|--------------------|

Información del cosolicitante

| | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|---------------------------------|
| Relación con el paciente: | | | | |
| [] Paciente [] Cónyuge [] Padre/Madre | | | | |
| Apellido | Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Ciudadano de EE. UU. | Número del Seguro Social |
| | | | [] Sí [] No | |
| Fecha de nacimiento | Número de dependientes | Edad de los dependientes | Número de teléfono actual | |
| | | | | |
| Dirección | | | Ciudad, condado, estado, código postal | |
| | | | | |
| Empleador actual | | Ciudad, condado, estado, código postal | | Puesto |
| | | | | |
| Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado? | | | | |
| | | | | |

Envíe por correo el formulario completo y la documentación necesaria a:
 OLHS Financial Counseling Department, 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

Testimonio

- Cumplí el proceso de selección del Departamento de Consejería Financiera (Financial Counseling) de OLHS para determinar si soy elegible para recibir recursos alternativos (COBRA, Seguro Social, Medicaid y Víctima de Delito).
- Entiendo que no seré elegible para recibir ayuda financiera hasta que cumpla el proceso de selección del Departamento de Consejería Financiera, o el proceso de solicitud correspondiente.
- Entiendo que los saldos por los servicios que no son médicamente necesarios, como los servicios puramente electivos o estéticos, no son elegibles para la ayuda financiera, y no incluí ninguno de esos saldos en esta solicitud.
- Si incluí saldos por servicios puramente electivos o estéticos, estos no se ajustarán. Si se ajustan por error, se restablecerán.
- Si corresponde, di mi tarjeta de seguro más reciente/actual con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros.
- Di toda la documentación solicitada en la página 1 de esta solicitud. Testifico que toda la información que doy en esta solicitud y todos los documentos de respaldo son precisos y verdaderos a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha de la solicitud

Teléfono/Contacto

Dirección (domicilio, ciudad, estado, código postal)

Envíe por correo el formulario completo y la documentación necesaria a:
OLHS Financial Counseling Department, 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

Sin verificación de ingreso/declaración de apoyo

_____ (**Solicitante**) solicita ayuda financiera a Ochsner LSU Health System. El solicitante declaró que no recibe ningún ingreso mensual ni anual. El solicitante declaró que usted es su único medio de apoyo.

A mi leal saber y entender, el solicitante no recibe ingresos, y certifico que esta información es verdadera. Le doy al solicitante comida y albergue, o apoyo financiero, como se especifica abajo.

Relación con el solicitante

Por ejemplo: albergue, madre, padre, otro

Le doy:

- Comida y albergue \$ _____ Total mensual aproximado
- Apoyo financiero \$ _____ Total mensual aproximado
- Otro \$ _____ Total mensual aproximado

Nombre en letra de molde (de quien da apoyo)

Firma (de quien da apoyo)

Fecha

Teléfono/Contacto

Dirección (domicilio, ciudad, estado, código postal)

Envíe por correo el formulario completo y la documentación necesaria a:
OLHS Financial Counseling Department, 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103