

Proceso y solicitud de Asistencia Financiera

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.

Formularios que se deben incluir:

- Solicitud de Asistencia Financiera de OLHS
- Declaración del paciente de OLHS

Documentación que se deben incluir:

1. Copia de la declaración de impuestos más reciente Ó copia de los tres (3) últimos recibos de sueldo suyos y del co-solicitante.
 - Si está desempleado(a), presente una carta de su último empleador Ó una copia de la carta de beneficio por desempleo Ó una carta que certifique la negación de beneficios por desempleo del Departamento del Trabajo del estado correspondiente
2. Extractos bancarios suyos y del co-solicitante de los últimos dos (2) meses.

****Deben incluirse las líneas 1 y 2 para que se procese su solicitud; si no posee estos ítems, proporcione una declaración por escrito para notificar dicha situación****

Si corresponde:

1. Copia de la carta de concesión mensual de la Administración del Seguro Social
2. Copia de la carta de concesión mensual por discapacidad
3. Copia de la carta de concesión de la Asistencia para Familias con Hijos Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés) o una hoja de presupuesto de cupones de alimentos
4. Copia de la tarjeta/información del seguro médico
5. Todo lo que constituya otros ingresos:
 - Manutención del cónyuge o de los hijos
 - Propiedad en alquiler
 - Ingreso por inversiones
6. Carta de la negación de Medicaid de un administrador estatal
7. Prueba de las personas a cargo (declaración de impuestos más reciente)

****Si alguno de los ítems anteriores corresponde, no podremos procesar su solicitud sin esa documentación****

Sírvase de enviar la información completa al:

Departamento de Asesoramiento Financiero de OLHS
1541 King Highway
Shreveport, LA 71103

Garante nro.:

Información de ingresos

A continuación, complete la información de los ingresos. Indique si los ingresos enumerados los recibe por mes o por año. Si está casado/a, incluya los ingresos del cónyuge en la columna Co-solicitante.

Fuentes de ingresos	Solicitante	Por mes/año	Co-solicitante	Por mes/año
Empleo	\$		\$	
Seguro social	\$		\$	
Discapacidad	\$		\$	
Desempleo	\$		\$	
Propiedad en alquiler	\$		\$	
Ingreso por inversiones	\$		\$	
Manutención del cónyuge	\$		\$	
Manutención de menores	\$		\$	
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 o madre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a				
* Si es casado/a, incluya la información e ingreso del cónyuge				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano de EE. UU.	Número de seguro social
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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, código postal		Puesto	
Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?				

Sírvase enviar por correo el formulario completo y la documentación requerida a:
 Departamento de Asesoramiento Financiero de OLHS 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

En caso de tener alguna pregunta o inquietud, puede ponerse en contacto con el Departamento de Asesoramiento Financiero llamando al 318-626-1168

Garante nro.:

Información del co-solicitante

Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre o madre				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro social
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, código postal		Puesto
Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?				

*Sírvase enviar por correo el formulario completo y la documentación requerida a:
 Departamento de Asesoramiento financiero de OLHS 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103*

En caso de tener alguna pregunta o inquietud, puede ponerse en contacto con el Departamento de Asesoramiento Financiero llamando al 318-626-1168

Garante nro.:

Declaración

- He cumplido con el proceso de selección de Asesoramiento Financiero de OLHS 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, 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 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.
- He proporcionado toda la documentación requerida desde la página 1 del presente formulario. Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud, así como todos los documentos de apoyo, 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)

*Sírvase enviar por correo el formulario completo y la documentación requerida a:
Departamento de Asesoramiento financiero de OLHS 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103*

Garante nro.:

Verificación de falta de ingresos / declaración de manutención

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

A 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 y \$ _____ 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)

*Sírvase enviar por correo el formulario completo y la documentación requerida a:
Departamento de Asesoramiento financiero de OLHS 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103*

Anexo C: Descuentos de importes generalmente facturados

Centro	Tasa de descuento calculada
Academic Medical Center	77%
Monroe Medical Center	79%
St. Mary Medical Center	77%

Cargos médicos	Tasa de descuento calculada
OLPG	69%

Anexo D: Centros cubiertos por la política de Asistencia Financiera

OLHS.REV.01 se aplica a los siguientes centros hospitalarios y a los departamentos asociados de cada uno de ellos:

Academic Medical Center
Monroe Medical Center
St. Mary Medical Center