



Quy trình và Đơn Đăng ký nhân Hỗ trợ Tài chính

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 đã được chứng minh, những người đã nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế do OLHS cung cấp. Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là các dịch vụ hợp lý hoặc cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích. Sự cần thiết về mặt y tế sẽ được xác định bởi bác sĩ khám bệnh. Đơn đăng ký này không phải là sự đảm bảo nhận đc hỗ trợ tài chính hoặc giảm nợ phải trả.

Các biểu mẫu gửi kèm:

- Đơn đăng ký nhận Hỗ trợ Tài chính của OLHS
- Chứng nhận Bệnh nhân của OLHS

Tài liệu gửi kèm:

1. Bản sao của tờ khai thuế thu nhập được nộp gần đây nhất HOẶC bản sao của ba (3) cuống phiếu lương gần đây nhất của chính quý vị và người đồng nộp đơn.
 - Nếu thất nghiệp, vui lòng cung cấp thư của chủ lao động cuối cùng HOẶC bản sao của thư xác nhận trợ cấp thất nghiệp HOẶC thư xác nhận từ chối trợ cấp thất nghiệp từ sở lao động tiểu bang phù hợp
2. Sao kê ngân hàng hai (2) tháng gần nhất của chính quý vị và người đồng nộp đơn.

****Dòng 1 và 2 phải được gửi kèm để đơn của quý vị được xử lý; nếu quý vị không có những tài liệu này, vui lòng cung cấp một tuyên bố bằng văn bản cho biết điều đó****

Nếu Có:

1. Bản sao thư xác nhận trợ cấp hàng tháng của Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội
2. Bản sao thư xác nhận trợ cấp hàng tháng dành cho Người khuyết tật
3. Bản sao thư xác nhận trợ cấp AFDC hoặc tờ ngân sách phiếu thực phẩm
4. Bản sao thông tin/thẻ bảo hiểm y tế
5. Bất kỳ và tất cả các khoản thu nhập khác:
 - Cấp dưỡng Vợ chồng cũ/Nuôi con
 - Cho thuê nhà
 - Thu nhập đầu tư
6. Thư từ chối Medicaid từ người quản lý tại tiểu bang
7. Bảng chứng về người phụ thuộc (tờ khai thuế thu nhập được nộp gần đây nhất)

****Nếu bất kỳ điều nào ở trên áp dụng, chúng tôi sẽ không thể xử lý đơn đăng ký của quý vị mà không có tài liệu đó****

Vui lòng Gửi Thông tin đã Hoàn thiện qua Thư tới:

OLHS Financial Counseling Department
1541 Kings Highway
Shreveport, LA 71103

--

Thông tin Thu nhập

Vui lòng điền đầy đủ thông tin thu nhập bên dưới. Vui lòng cho biết thu nhập được liệt kê là theo tháng hay theo năm. Nếu đã kết hôn, vui lòng điền cả thông tin thu nhập của vợ/chồng trong các trường cho Người Đồng Nộp Đơn.

Nguồn Thu nhập	Người Nộp đơn	Theo Tháng/Năm	Người Đồng Nộp Đơn	Theo Tháng/Năm
Việc làm	\$		\$	
An sinh Xã hội	\$		\$	
Trợ cấp Khuyết tật	\$		\$	
Trợ cấp thất nghiệp	\$		\$	
Cho thuê nhà	\$		\$	
Thu nhập từ Đầu tư	\$		\$	
Cấp dưỡng cho Vợ/Chồng	\$		\$	
Cấp dưỡng Nuôi con	\$		\$	
Tổng Thu nhập Kết hợp				\$

Thông tin về Người nộp đơn/Người bảo lãnh

Mối quan hệ với Bệnh nhân:		Tình trạng Hôn nhân (*):		
<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Cha/mẹ		<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Đã ly thân		
*Nếu Đã kết hôn, vui lòng ghi cả thông tin vợ/chồng và thu nhập				
Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	Công dân Hoa Kỳ	Số An sinh Xã hội
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày sinh	Số Người Phụ thuộc	Tuổi của Người Phụ thuộc	Số điện thoại Hiện tại	
Địa chỉ Đường phố			Thành phố, Giáo xứ, Tiểu bang, Zip	
Chủ Lao động Hiện tại		Thành phố, Giáo xứ, Tiểu bang, Zip		Chức vụ
Nếu quý vị hiện không đi làm, quý vị đã thất nghiệp bao lâu rồi?				

Vui lòng gửi biểu mẫu đã hoàn thành và tài liệu cần thiết qua thư đến:
OLHS Financial Counseling Department 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc mối quan ngại nào, vui lòng liên hệ Ban Cố vấn Tài chính theo số 318-626-1168

--

Thông tin về Người Đồng Nộp Đơn

Mối quan hệ với Bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Cha/mẹ				
Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An sinh Xã hội
Ngày sinh	Số Người Phụ thuộc	Tuổi của Người Phụ thuộc	Số điện thoại Hiện tại	
Địa chỉ Đường phố			Thành phố, Giáo xứ, Tiểu bang, Zip	
Chủ Lao động Hiện tại		Thành phố, Giáo xứ, Tiểu bang, Zip	Chức vụ	
Nếu quý vị hiện không đi làm, quý vị đã thất nghiệp bao lâu rồi?				

Vui lòng gửi biểu mẫu đã hoàn thành và tài liệu cần thiết qua thư đến:
 OLHS Financial Counseling Department 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc mối quan ngại nào, vui lòng liên hệ Ban Cố vấn Tài chính theo số 318-626-1168



Chứng nhận

- Tôi đã tuân thủ quy trình sàng lọc của ban Cố vấn Tài chính của OLHS để xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận các nguồn trợ giúp thay thế (COBRA, An sinh Xã hội, Medicaid, và Nạn nhân của Tội phạm) hay không.
- Tôi hiểu rằng cho đến khi tôi tuân thủ quy trình sàng lọc của ban Cố vấn Tài chính hoặc quy trình đăng ký 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 các dịch vụ hoàn toàn tự chọn hoặc dịch vụ thẩm mỹ không đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính và tôi đã không đưa bất kỳ số dư nào như vậy vào yêu cầu này.
- Nếu tôi đã đưa vào số dư do các dịch vụ hoàn toàn tự chọn hoặc dịch vụ thẩm mỹ, chúng sẽ không được điều chỉnh. Nếu chúng được điều chỉnh do nhầm lẫn, chúng sẽ được trả lại.
- Nếu có thể, tôi đã cung cấp thẻ bảo hiểm gần đây nhất/hiện tại của mình với thông tin thích hợp để gửi các yêu cầu thanh toán trong quá khứ, hiện tại và tương lai.
- Tôi đã cung cấp tất cả các tài liệu được yêu cầu từ trang 1 của đơn đăng ký này. Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin được cung cấp trên đơn đăng ký này, cũng như tất cả các tài liệu hỗ trợ là chính xác và trung thực theo hiểu biết và khả năng tốt nhất của tôi.

Tên Viết In Hoa

Chữ ký

Ngày Đăng ký

Điện thoại/Thông tin Liên hệ

Địa chỉ (Địa chỉ Đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Zip)

*Vui lòng gửi biểu mẫu đã hoàn thành và tài liệu cần thiết qua thư đến:
OLHS Financial Counseling Department 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103*

Bản xác minh Không có Thu nhập / Tuyên bố Hỗ trợ

_____ (**Người nộp đơn**) đang nộp đơn xin hỗ trợ tài chính với Ochsner LSU Health System. Người nộp đơn đã nói rằng họ không nhận được bất kỳ khoản thu nhập hàng tháng/hàng năm nào. Người nộp đơn đã liệt kê quý vị là nguồn hỗ trợ duy nhất của họ.

Theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, người nộp đơn không có thu nhập và tôi xác nhận điều này là đúng. Tôi đang cung cấp cho người nộp đơn thức ăn và chỗ ở và/hoặc cung cấp cho người nộp đơn sự hỗ trợ tài chính như được nêu cụ thể bên dưới

Mối quan hệ với người nộp đơn

Ví dụ: Nơi nương tựa, Mẹ, Cha, Khác

Tôi đang cung cấp:

- Thức ăn và Nơi trú ẩn \$ _____ Tổng số tiền gần đúng hàng tháng

- Hỗ trợ Tài chính \$ _____ Tổng số tiền gần đúng hàng tháng

- Khác \$ _____ Tổng số tiền gần đúng hàng tháng

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, Zip)

*Vui lòng gửi biểu mẫu đã hoàn thành và tài liệu cần thiết qua thư đến:
OLHS Financial Counseling Department 1541 Kings Highway, Shreveport, LA 71103*

Tài liệu đính kèm D: Các Cơ sở được Đàm thọ theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính

Cơ sở	Tỷ lệ Chiết khấu được Tính toán
Academic Medical Center	77%
Monroe Medical Center	79%
St. Mary Medical Center	77%

Phí Chi trả cho Bác sĩ	Tỷ lệ Chiết khấu được Tính toán
OLPG	69%

Tài liệu đính kèm D: Các Cơ sở được Đề nghị theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính

OLHS.REV.01 áp dụng cho các cơ sở bệnh viện sau đây và các khoa đặt tại địa điểm của nhà cung cấp dịch vụ liên kết của từng cơ sở:

Academic Medical Center
Monroe Medical Center
St. Mary Medical Center