

Ochsner Lafayette General (“OLG”) se compromete a dar asistencia económica a los pacientes con una necesidad o dificultad económica comprobada, que hayan recibido de OLG servicios de atención médica médicamente necesarios. 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 económica ni de reducción de las obligaciones pendientes.

Formularios que debe incluir:

- Solicitud de asistencia económica de OLG
- Certificación de paciente de OLG

Documentación que debe incluir:

1. Copia de la última declaración de impuestos sobre ingresos presentada, o
2. Copia de los tres (3) recibos de sueldo más recientes.
 - a. Si está desempleado, incluya una carta del último empleador O una copia de la carta de concesión de desempleo O carta que certifique la denegación de los beneficios por desempleo del Departamento de Trabajo del Estado correspondiente
3. Copia de la carta de concesión mensual de la Administración del Seguro Social
4. Copia de la carta de concesión mensual por discapacidad
5. Copia de la tarjeta/información del seguro de atención médica
6. Cualquier otro ingreso:
 - a. Manutención de cónyuge/menores
 - b. Alquiler de inmuebles
 - c. Ingresos por inversión
7. Carta del administrador estatal de denegación de Medicaid Prueba de dependientes

Envíe por correo la información completada a:

Ochsner Lafayette General Patient Accounts
900 East St. Mary Blvd., Suite 106, Lafayette, LA 70503

Información de ingresos: Complete la información sobre los ingresos abajo. Especifique si los ingresos mencionados son mensuales o anuales. Si está casado, incluya la información sobre los ingresos de su cónyuge en los campos de la otra parte solicitante

Fuente de ingresos	Solicitante	Mensual/anual	Otra parte solicitante	Mensual/anual
Empleo	\$		\$	
Seguro Social	\$		\$	
Discapacidad	\$		\$	
Desempleo	\$		\$	
Alquiler de inmuebles	\$		\$	
Ingresos por inversión	\$		\$	
Manutención del cónyuge	\$		\$	
Manutención de menores	\$		\$	
			Total de ingresos combinados	\$

Información del solicitante/garante

Relación con el paciente: Yo mismo Cónyuge Padre/madre

Estado civil (*): Soltero Casado Divorciado Separado

*Si está casado, incluya la información del cónyuge y sus ingresos

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Residente de EE. UU. Sí No

Fecha de nacimiento _____ Número de dependientes _____ Edad de los dependientes _____

Teléfono actual _____

Dirección _____ Ciudad, Condado, Estado _____ Código postal _____

Empleador actual _____ Ciudad, Condado, Estado _____ Puesto _____

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado? _____

Información de la otra parte solicitante

Relación con el paciente: Yo mismo Cónyuge Padre/madre

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Ciudadano americano Sí No

Fecha de nacimiento _____ Número de dependientes _____ Edad de los dependientes _____

Teléfono actual _____

Dirección _____ Ciudad, Condado, Estado _____ Código postal _____

Empleador actual _____ Ciudad, Condado, Estado _____ Puesto _____

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado? _____

- Entiendo que los saldos por servicios no médicamente necesarios, como los puramente electivos o cosméticos, no son elegibles para la asistencia económica, y no he incluido ninguno de esos saldos en esta solicitud.
- Si he incluido saldos por servicios puramente electivos o cosméticos, no se ajustarán. Si se ajustan por error, se restablecerán.
- Si corresponde, he dado mi tarjeta de seguro más reciente/actual con la información apropiada para presentar reclamos pasados, presentes y futuros.
- He entregado toda la documentación pedida en la página 1 de esta solicitud. Doy fe de que toda la información en esta solicitud, y todos los documentos que la respaldan, son exactos y verdaderos a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha de la solicitud

Teléfono/Contacto

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

No hay verificación de ingresos/ Declaración de manutención

_____ (Solicitante) está solicitando asistencia económica a Ochsner Lafayette General. El solicitante ha declarado que no recibe ningún ingreso mensual/anual. El solicitante menciona que usted es su único medio de subsistencia.

A mi leal saber y entender, el solicitante no tiene ingresos y certifico que esto es cierto. Estoy dando comida y albergue al solicitante o ayuda financiera como se especifica abajo.

Estoy dando:

- Comida y albergue _____ \$ _____ Total mensual aproximado
- Ayuda financiera _____ \$ _____ Total mensual aproximado
- Otro _____ \$ _____ Total mensual aproximado

Nombre en letra de molde (del que apoya) _____

Firma (del que apoya) _____

Fecha _____

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono _____

Relación con el solicitante (por ejemplo: albergue, madre, padre, otro) _____

Si tiene alguna pregunta o preocupación, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Cuentas de Pacientes por teléfono al 337-289-7287.