

Puede obtener su solicitud de asistencia económica en nuestro sitio web: [ochsnerlg.org/financial-assistance-policies](https://ochsnerlg.org/financial-assistance-policies) o visite el Departamento de Evaluación Financiera en Medicaid Enrollment Center, Building #7. Puede enviar por correo postal o por email su solicitud con los documentos necesarios no más de 5 días antes de la fecha de vencimiento.

**Envíe por correo postal o email a:**

OUHC Financial Screening Department  
2390 West Congress St.  
Lafayette, LA 70506  
[UHCFinancialScreening@lgh.org](mailto:UHCFinancialScreening@lgh.org)

La revisión de su solicitud debería tardar aproximadamente entre 7 y 10 días hábiles. Debe completar la solicitud antes de la fecha de su cita. Nos comunicaremos con usted por correo cuando la revisión haya concluido.

Llame al 337-261-6745 de 7:00 a. m. a 4:00 p. m. si tiene alguna pregunta o preocupación sobre el proceso de solicitud.

**Muchas gracias,**

Ochsner University Hospital & Clinics  
Departamento de Evaluación Financiera

# Solicitud de asistencia económica

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

## Información del paciente\* Escriba toda la información en letra de molde

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de expediente médico \_\_\_\_\_

\* Si el paciente es menor de edad, anote a los padres/tutores como solicitante

## Información del solicitante/garante/parte responsable

Relación con el paciente:  Yo mismo  Cónyuge  Padre/madre  Otro \_\_\_\_\_

Estado civil (\*):  Soltero  Casado/Pareja doméstica  Divorciado  Separado

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Ciudadano americano  Sí  No

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de dependientes \_\_\_\_\_ Edad de los dependientes \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Condado, Estado\*\* \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
(No escriba apartado postal)

Empleador actual \_\_\_\_\_ Dirección, Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado? \_\_\_\_\_

\*\* Tenga en cuenta que cualquier persona que solicite asistencia económica debe ser residente en EE. UU.

## Familiares directos

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el paciente	Ocupación	Número del Seguro Social	Sueldo anual trabajado

## Acuerdo

Lea antes de firmar. CERTIFICO que la información presentada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré TODA LA ASISTENCIA que pueda estar disponible a través de fuentes federales, estatales, locales y privadas para ayudar a pagar esta factura del hospital y tomaré todas las medidas necesarias para obtener asistencia de las fuentes mencionadas. Firmando este formulario, entiendo que debo cooperar con OLG en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de mi firma para ser elegible para cualquier asistencia económica que el hospital considere. Por la presente, concedo permiso y autorizo a cualquier agente acreditado del Departamento de Menores y Familias a revelar a OLG TODA LA INFORMACIÓN relativa al estado de mi solicitud de Medicaid y, si la solicitud no es aprobada, el motivo de la desaprobación. CEDERÉ a OLG TODOS LOS FONDOS que reciba de las fuentes mencionadas arriba que sean para ayudar con la FACTURA DEL HOSPITAL. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación de OLG, incluyendo las agencias de información crediticia, y sujeta a revisión de las AGENCIAS FEDERALES o ESTATALES y otras según sea necesario. AUTORIZO a mi empleador a entregar a OLG pruebas de mis ingresos. ENTIENDO que, si cualquier información que he dado resulta ser falsa, OLG reevaluará mi situación financiera y tomará cualquier acción que resulte apropiada. Autorizo a OLG a obtener mi informe crediticio de cualquier agencia de informes crediticios, y entiendo que la información que presento está sujeta a verificación de OLG, incluyendo con las agencias de informes crediticios, y sujeta a revisión de las AGENCIAS FEDERALES o ESTATALES y otras según sea necesario. Firmando este formulario, autorizo a los especialistas en reembolsos que emplea OLG o sus agentes a firmar todos y cada uno de los formularios y solicitudes en mi nombre y a acceder y revelar cualquier información personal demográfica, diagnóstica, terapéutica o financiera que se necesite en relación con las solicitudes de los programas de asistencia de los fabricantes farmacéuticos. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento comunicándose con la oficina de reembolsos. Yo, en mi propio nombre, y para mis familiares inmediatos, representantes autorizados, médicos, consejeros (incluyendo el clero) y abogados, estoy de acuerdo en guardar y mantener en la más estricta confidencialidad cualquier comunicación por escrito u oral entre OLG y yo con respecto a los asuntos relacionados con los servicios que OLG me presta.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Tamaño de la familia \_\_\_\_\_ Recomendación financiera \_\_\_\_\_  
 (12 meses) Período de aprobación de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

N.º de cuenta	DOS	Saldo adeudado	IP	OP	BD	Disposición del comité
<b>Total adeudado \$</b>						

\_\_\_\_\_  
 Firma autorizada

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS BRUTOS DEL GRUPO FAMILIAR\*\*\*

(adjunte una lista de otros ingresos si es necesario)

Fuente de ingresos anuales****	Cantidad
Ingresos del Seguro Social	\$
State Aid-SSI, AFDC, Medicaid	\$
Cupones de comida	\$
Ingresos por pensión	\$
Intereses de ahorros	\$
Ingresos por compensación de los trabajadores	\$
Subsidio de desempleo	\$
Manutención de menores/Pensión alimenticia recibida	\$
Ingresos por alquileres	\$
Dinero de la familia/Otros	\$
Ingresos HCRA de las últimas 4 semanas	\$
Ingresos Medicaid/DCF de las últimas 8 semanas	\$
<b>SUELDO TOTAL ANUAL</b>	<b>\$</b>

\*\*\*Incluya los ingresos atribuibles al solicitante y a sus familiares directos sobre una base anual.

\*\*\*\*Si el solicitante informa de que no ha obtenido ingresos, deberá completar un formulario de declaración de manutención.

# Solicitud de asistencia económica

**BIENES** (adjunte una lista de otros bienes si es necesario)

Domicilio (No apartado postal) \_\_\_\_\_

Casa propia  Yes Casa móvil  Yes Alquiler  Yes

Años pagados en la casa \_\_\_\_\_

Saldo adeudado \$ \_\_\_\_\_ Valor de tasación fiscal \$ \_\_\_\_\_ Valor de mercado \$ \_\_\_\_\_

1er auto \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

2do auto \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Casa rodante \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Bote \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Otra propiedad \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \$ \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Alquiler  Sí Terreno vacío  Sí

Otra propiedad \_\_\_\_\_ Saldo adeudado \$ \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Alquiler  Sí Terreno vacío  Sí

Nombre del banco/Cooperativa de crédito \_\_\_\_\_ Cuenta N.º \_\_\_\_\_ Saldo promedio de cheques/ahorros \$ \_\_\_\_\_

Nombre del banco/Cooperativa de crédito \_\_\_\_\_ Cuenta N.º \_\_\_\_\_ Saldo promedio de cheques/ahorros \$ \_\_\_\_\_

El valor de todos los bienes mencionados arriba **Total \$** \_\_\_\_\_

**Más información y comentarios** Si necesita más espacio, use el reverso de esta página.

**Firma**

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo a Ochsner University Hospital and Clinics a solicitar un informe de verificación de crédito o verificar cualquiera de la información de arriba según considere necesario.

Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Otra parte solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Devuelva la solicitud completada a:** Ochsner University Hospital & Clinics  
Attn: Financial Screening Dept.  
2390 West Congress St.  
Lafayette, LA 70506

# Requisitos de la solicitud de asistencia económica

**Para poder tramitar una solicitud para el Programa de indigentes es necesario presentar la información siguiente. La elegibilidad es por unidad familiar elegible que incluye a uno mismo, al cónyuge y a los dependientes menores de 18 años.**

**Presente los documentos que se le piden abajo:**

**Prueba de identificación del paciente (dar uno de los siguientes)**

- Licencia de conducir válida o identificación de la Oficina de Automóviles o identificación militar con foto
- Tarjeta de identificación de la escuela actual con foto
- Tarjeta de identificación de empleado actual con foto y fecha de vencimiento
- Pasaporte válido o documentación de inmigración para la estancia legal en EE. UU.

**Prueba de residencia en LA y la intención de permanecer en LA (uno de los siguientes)**

- Tarjeta de registro de votantes u otro documento reciente del gobierno con su dirección
- Factura de servicios públicos o de otro tipo a su nombre en su dirección, contrato de alquiler o de arrendamiento
- Licencia de conducir válida de LA o tarjeta de identificación de la Oficina de Automóviles de LA

**Tarjetas del Seguro Social (SS) para la unidad familiar (copia clara)**

**Prueba de ingresos (una de las siguientes para todos los familiares)**

**Si es autónomo, deberá presentar la declaración de impuestos completa del último año.**

- Talonarios de cheques de los 30 días anteriores a la fecha de la solicitud.
- Documento de cupones de comida para la unidad familiar.
- Verificación de ingresos del empleador actual que cubra los 30 días anteriores o una carta de despido con el membrete del empleador.
- Carta de aprobación del SSI del año actual.
- El **estado de cuenta bancaria** de los últimos 30 días que muestre los registros de depósito directo de cualquier depósito del Seguro Social/SSI o de desempleo. **(Obligatorio para los beneficiarios de Medicare)**
- Órdenes judiciales/ingresos por manutención de menores/pensión alimenticia o verificación de ingresos por compensación de los trabajadores.
- No hay verificación de ingresos/Declaración de manutención.

**Debe enviar esta información para que la solicitud sea procesada.**

**Devuelva la solicitud al centro abajo mencionado en el que está solicitando la asistencia.**

**Marque el centro que corresponda:**

- Ochsner University Hospital & Clinics  
Financial Screening Department  
2390 West Congress St.  
Lafayette, LA 70506

# Solicitud de ayuda a los indigentes por razones médicas (MI)

## Declaración de ingresos y seguro de Medicare

N.º de MR \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

¿Está el paciente mencionado arriba cubierto por algún plan de seguro médico?  Sí  No

Autorizo a este centro a revelar mi información a los fabricantes de productos farmacéuticos o a sus designados para revisar los expedientes con fines de auditoría. Entiendo que es responsabilidad del paciente/solicitante informar a este departamento cuando haya algún cambio en los ingresos de la unidad familiar, el empleo o el seguro. Cualquier declaración falsa podría resultar en la negación o revocación de esta solicitud y el paciente será responsable de todos los cargos incurridos.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# No hay verificación de ingresos/ Declaración de manutención

\_\_\_\_\_ (Solicitante) está solicitando asistencia económica a Ochsner University Hospital & Clinics. 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 \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

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

Si tiene alguna pregunta o preocupación, puede comunicarse con o visitar el Departamento de Evaluación Financiera.

OUHC Financial Screening Department  
2390 West Congress St., Bldg. #7  
Lafayette, LA 70506  
[uhcfinancialscreening@lgh.org](mailto:uhcfinancialscreening@lgh.org)  
337-261-6745