



经济援助程序和申请

Ochsner Health (“Ochsner”) 致力于为有经济需求或困难的患者提供经济援助，这些患者已获得 OHS 提供的医疗上必要的医疗保健服务。医疗必要服务是指诊断或治疗疾病或损伤的合理或必要的服务。医疗必要性将由检查医生决定。本申请不作为经济援助或减少未偿债务的担保。

申请必须包括：

- 您和您的共同申请人（如适用）所需的所有文件。
- 申请中列出的任何人的受抚养人证明。
- 已填写的 Ochsner 经济援助申请
- 美国居住证明

请包括下面列出的所有适用文件：

A. 收入证明（请参考可接受的文件部分）

B. 医疗保险卡/信息的副本

C. 居住证明（请提供以下一项）：

- a. 在美国有效驾驶执照/身份证
- b. 当前公用事业账单（显示申请人的姓名和地址）
- c. 租赁协议（显示申请人的姓名和地址）
- d. 选民登记

D. 受抚养人证明（请参考可接受的文件部分）

- a. 当前纳税年度的纳税申报表（1040 表）副本
- b. 学校记录或声明
- c. 医疗服务提供者声明

请务必填写表格的所有部分并附上所有必需的文件，以便我们可以进一步了解您的帐户，评估我们可能提供的任何帮助。我们将尽一切合理的努力迅速处理您的申请，对您的申请进行审查后，您将收到一封确认结果的信函。未能完全填写申请表的所有部分或未能提供所需文件可能会进一步推迟最终决定。

将已填写的申请表交回至：

Ochsner Medical Center
Attention: Patient Financial Services
1514 Jefferson Hwy
Jefferson, LA 70121

传真：(504)842-0322

电子邮箱：OchsnerFADocs@ochsner.org

可接受的文件形式

收入类型	可接受的文件
就业收入	<ul style="list-style-type: none"> 本纳税年度的个人纳税申报表（1040 表）副本（如果申请受抚养人，则需要完整的纳税申报表） 或 <ul style="list-style-type: none"> 最近三份连续工资单的副本（适用于申请人和共同申请人，如适用）
自主就业	<ul style="list-style-type: none"> 本纳税年度的个人纳税申报表（1040 表）副本
社会保障/退休	本纳税年度的个人纳税申报表（1040 表）副本 或 <ul style="list-style-type: none"> 社会保障局发出的说明每月付款的待遇证明书副本 和 每月付款通知或养老金待遇证明书的副本。
残疾	<ul style="list-style-type: none"> 本纳税年度的个人纳税申报表（1040 表）副本 或 <ul style="list-style-type: none"> 残疾人发放的待遇证明书副本，上面写着每月的残疾补助金
失业	<ul style="list-style-type: none"> 本纳税年度的个人纳税申报表（1040 表）副本 或 <ul style="list-style-type: none"> 失业人员发放的待遇证明书副本，说明每日、每周或每月的补助金额 如果没有收入；由提供经济支持的人写的支持信（签名并注明日期） 或 <ul style="list-style-type: none"> 说明您没有从任何来源获得收入或经济支持的证明文件。（签名并注明日期）
配偶支持	<ul style="list-style-type: none"> 显示该收入的本纳税年度的个人纳税申报表（1040 表）副本。 或 <ul style="list-style-type: none"> 注明每月裁决金额的法院正式信函副本
出租物业/其他投资收益	<ul style="list-style-type: none"> 附表 1 表格的副本 或 <ul style="list-style-type: none"> 个人纳税申报表（本纳税年度的 1040 表）副本
其他	可接受的文件
受抚养人证明 （请在这些文件上注明申请人姓名）	<ul style="list-style-type: none"> 本纳税年度的个人纳税申报表副本 学校记录或声明 医疗保健提供者声明或医疗保险卡副本

经济援助申请

申请日期: _____

请完整填写所有信息。

请注意

- 必须填写此表格的所有适用部分
- 申请表必须签名并注明日期。

1. 申请人（担保人）信息

婚姻状况: ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 同居伴侣 ☐ 离异 ☐ 分居 ☐ 寡妇/鳏夫

姓		名		中间名首字母		美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期	受抚养人人数			受抚养人年龄		家庭电话 ()	
街道地址			城市		州	县	邮政编码
现任雇主	街道地址			城市		州	位置

* 如果您不工作, 您失业多久了?

2. 共同申请人信息

与患者的关系: ☐ 配偶 ☐ 父母

如果此人也在申请经济援助时适用

姓		名		中间名首字母		美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期	受抚养人人数			受抚养人年龄		家庭电话 ()	
街道地址			城市		州	县	邮政编码
现任雇主	街道地址			城市		州	位置

* 如果您不工作, 您失业多久了?

3. 家庭信息

(请提供所有需要考虑获得经济援助的人的姓名)

姓	名	中间名首字母	出生日期
姓	名	中间名首字母	出生日期
姓	名	中间名首字母	出生日期

如果患者是未成年人, 请将父母/监护人列为申请人和共同申请人。

4. 收入信息			
月收入来源	申请人	共同申请人	合并月收入 (申请人 + 共同申请人)
就业收入	\$	\$	\$
社会保障	\$	\$	\$
残疾	\$	\$	\$
失业	\$	\$	\$
配偶支持	\$	\$	\$
出租物业收入	\$	\$	\$
投资收益	\$	\$	\$
其他收入在本行以及下行填写	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
合并月收入总额			

5. 宣誓
<ul style="list-style-type: none"> 我遵守了 Ochsner 医疗费用援助计划 (“MCAP”) 的筛选流程，以确定我是否有资格获得其他资源（COBRA、社会保障、医疗补助和犯罪受害者补助）。 我知道，只有遵守 MCAP 资格审查流程或适用的申请流程，我才有资格获得经济援助。 我还知道，自首次出院后护理账单开具之日起 240 天以上的余额将不包括在此申请中。 我已经提供了本申请第 1 页和第 2 页中所有要求的文件。我宣誓，就我所知和能力而言，本申请中提供的信息以及所有支持文件都是准确和真实的。

6. 签名			
我保证所有信息都是有效和完整的，特此授权 Ochsner Health 在必要时要求提供和/或验证上述任何信息。			
申请人	日期	共同申请人	日期