



Quy Trình và Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Ochsner Health (“Ochsner”) cam kết hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn hoặc nhu cầu tài chính rõ ràng, đã nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế do OHS cung cấp. Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là những dịch vụ hợp lý hoặc cần thiết cho việc chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tật hoặc thương tích. Tính cần thiết về mặt y tế sẽ do bác sĩ khám bệnh quyết định. Đơn đăng ký này không đảm bảo việc được hỗ trợ tài chính hoặc giảm nghĩa vụ nợ phải trả.

Hồ sơ đăng ký phải bao gồm:

- Tất cả các giấy tờ cần thiết cho quý vị và người đồng nộp đơn (nếu có).
- Giấy tờ chứng minh người phụ thuộc đối với bất kỳ ai có tên trong đơn đăng ký.
- Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính của Ochsner đã điền đầy đủ
- Bằng chứng cư trú tại Hoa Kỳ

Vui lòng đính kèm tất cả các giấy tờ cần thiết được liệt kê bên dưới:

A. Chứng minh thu nhập (Vui lòng tham khảo mục chứng từ được chấp nhận)

B. Bản sao thẻ/thông tin bảo hiểm y tế

C. Giấy tờ chứng minh cư trú (Vui lòng cung cấp 1 trong các giấy tờ sau):

- a. Giấy phép lái xe/Thẻ căn cước hợp lệ của Hoa Kỳ
- b. Hóa đơn dịch vụ điện nước hợp lệ (có hiển thị họ tên và địa chỉ của người nộp đơn)
- c. Hợp đồng thuê nhà (có hiển thị họ tên và địa chỉ của người nộp đơn)
- d. Đăng ký cử tri

D. Bằng chứng về người phụ thuộc (Vui lòng tham khảo mục chứng từ được chấp nhận)

- a. Bản sao tờ khai thuế (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện hành
- b. Hồ sơ hoặc giấy xác nhận của trường học
- c. Giấy xác nhận của nhà cung cấp dịch vụ y tế

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào tất cả các mục trong biểu mẫu và đính kèm tất cả chứng từ cần thiết để chúng tôi có thể tiếp tục xem xét tài khoản của quý vị và hỗ trợ nếu cần. Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để xử lý đơn đăng ký của quý vị một cách nhanh chóng và quý vị sẽ nhận được thư xác nhận kết quả sau khi đơn đăng ký này được xem xét. Việc không điền đầy đủ tất cả các mục trong đơn đăng ký hoặc không cung cấp đầy đủ các chứng từ cần thiết có thể làm chậm trễ việc đưa ra quyết định cuối cùng.

Vui lòng gửi lại đơn đăng ký đã điền đầy đủ đến địa chỉ sau:

Ochsner Medical Center
Attention: Patient Financial Services
1514 Jefferson Hwy
Jefferson, LA 70121
Fax: (504)842-0322
Email: OchsnerFADocs@ochsner.org

Biểu mẫu của các loại chứng từ được chấp nhận

Loại thu nhập	Chứng từ được chấp nhận
Lao động phụ thuộc	- Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện hành (Nếu khai người phụ thuộc, cần nộp tờ khai thuế đầy đủ) HOẶC - Bản sao ba phiếu lương liên tiếp gần nhất (của người nộp đơn và người đồng nộp đơn, nếu có)
Lao động tự do	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện hành
Bảo hiểm xã hội/ Lương hưu	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện hành HOẶC Bản sao Thư Quyết Định Trợ Cấp từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội, trong đó ghi rõ khoản thanh toán hằng tháng VÀ Bản sao giấy báo nhận lương hưu hằng tháng hoặc Thư Quyết Định Trợ Cấp Hưu Trí.
Khuyết tật	- Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện hành HOẶC - Bản sao Thư Quyết Định Trợ Cấp Khuyết Tật, trong đó ghi rõ khoản trợ cấp khuyết tật hằng tháng
Thất nghiệp	- Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040, cho năm tính thuế hiện hành) HOẶC - Bản sao Thư Quyết Định Trợ Cấp Thất Nghiệp, trong đó ghi rõ số tiền trợ cấp hằng ngày, hằng tuần hoặc hằng tháng - Nếu không có thu nhập; thư bảo lãnh do (những) người bảo lãnh tài chính viết (có chữ ký và ngày tháng) HOẶC - Thư xác nhận rằng quý vị không nhận được thu nhập hoặc hỗ trợ tài chính từ bất kỳ nguồn nào. (có chữ ký và ngày tháng)
Trợ Cấp Vợ/Chồng	- Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện hành ghi rõ khoản thu nhập này. HOẶC - Bản sao thư của viên chức tòa án nêu rõ số tiền trợ cấp hằng tháng
Thu nhập từ cho thuê bất động sản/ đầu tư khác	- Bản sao Mẫu Phụ lục 1 HOẶC - Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040 cho năm tính thuế hiện hành)
Khác	Chứng từ được chấp nhận
Bằng chứng về người phụ thuộc <i>(Vui lòng ghi rõ tên người nộp đơn trên các giấy tờ này)</i>	- Bản sao tờ khai thuế cá nhân cho năm tính thuế hiện hành - Hồ sơ hoặc giấy xác nhận của trường học - Giấy xác nhận của nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc bản sao thẻ bảo hiểm y tế

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

NGÀY NỘP ĐƠN: _____

Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin.

XIN LƯU Ý										
- Tất cả các mục áp dụng của biểu mẫu này phải được điền đầy đủ - Đơn đăng ký phải được ký tên và ghi ngày tháng.										
1. THÔNG TIN NGƯỜI ĐĂNG KÝ (NGƯỜI BẢO LÃNH)										
Tình trạng hôn nhân: ☐ Độc thân ☐ Đã ly hôn ☐ Đã ly thân ☐ Góa										
☐ Đã kết hôn										
☐ Sống chung không đăng ký kết hôn										
Họ		Tên		Tên đệm viết tắt		Công dân Hoa Kỳ: ☐ Có ☐ Không				
Ngày sinh		Số người phụ thuộc		Tuổi của người phụ thuộc		Điện thoại nhà riêng ()				
Địa chỉ đường phố				Thành phố		Tiểu bang		Quận		Mã ZIP
Đơn vị tuyển dụng hiện tại		Địa chỉ đường phố		Thành phố		Tiểu bang		Chức vụ		
* Nếu quý vị hiện không đi làm thì quý vị đã thất nghiệp được bao lâu rồi?										
2. THÔNG TIN NGƯỜI ĐỒNG NỘP ĐƠN										
Mối quan hệ với Bệnh nhân: ☐ Vợ/chồng ☐ Cha/mẹ										
Áp dụng nếu người này cũng đang đăng ký Trợ Cấp Tài Chính										
Họ		Tên		Tên đệm viết tắt		Công dân Hoa Kỳ: ☐ Có ☐ Không				
Ngày sinh		Số người phụ thuộc		Tuổi của người phụ thuộc		Điện thoại nhà riêng ()				
Địa chỉ đường phố				Thành phố		Tiểu bang		Quận		Mã ZIP
Đơn vị tuyển dụng hiện tại		Địa chỉ đường phố		Thành phố		Tiểu bang		Chức vụ		
* Nếu quý vị hiện không đi làm thì quý vị đã thất nghiệp được bao lâu rồi?										
3. THÔNG TIN GIA ĐÌNH (VUI LÒNG CUNG CẤP TÊN CỦA TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI CẦN ĐƯỢC XEM XÉT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH)										
Họ		Tên		Tên đệm viết tắt		Ngày sinh				
Họ		Tên		Tên đệm viết tắt		Ngày sinh				
Họ		Tên		Tên đệm viết tắt		Ngày sinh				

Nếu bệnh nhân là người chưa thành niên, vui lòng ghi họ tên cha mẹ/người giám hộ vào phần người nộp đơn và người đồng nộp đơn.

4. THÔNG TIN THU NHẬP			
Nguồn thu nhập <u>hằng tháng</u>	Người nộp đơn	Người đồng nộp đơn	Thu nhập gộp hằng tháng (Người nộp đơn + Người đồng nộp đơn)
Lao động phụ thuộc	\$	\$	\$
Bảo hiểm xã hội	\$	\$	\$
Khuyết tật	\$	\$	\$
Thất nghiệp	\$	\$	\$
Trợ Cấp Vợ/Chồng	\$	\$	\$
Thu nhập từ cho thuê bất động sản	\$	\$	\$
Thu nhập đầu tư	\$	\$	\$
Thu nhập khác (điền vào khoảng trống này)	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Tổng thu nhập gộp hằng tháng			

5. Chứng thực
- Tôi đã tuân thủ quy trình sàng lọc của Chương Trình Hỗ Trợ Chi Phí Y Tế Ochsner (“MCAP”) để xác định xem tôi có đủ điều kiện nhận các nguồn hỗ trợ thay thế khác (COBRA, An Sinh Xã Hội, Medicaid và Nạn nhân của Tội phạm) hay không. - Tôi hiểu rằng tôi không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho đến khi tôi hoàn tất quy trình xét duyệt điều kiện tham gia chương trình MCAP, hoặc quy trình nộp đơn hiện hành. - Tôi cũng hiểu rằng số dư nợ quá 240 ngày kể từ ngày đầu tiên lập hóa đơn sau khi xuất viện cho một đợt điều trị sẽ không được bao gồm trong yêu cầu này. - Tôi đã cung cấp đầy đủ tất cả các chứng từ bắt buộc của trang 1 và 2 của đơn này. Tôi cam đoan tất cả thông tin được cung cấp trong đơn này, cũng như tất cả chứng từ hỗ trợ đều chính xác và trung thực theo hiểu biết và khả năng của tôi.

6. CHỮ KÝ			
Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin đều chính xác và đầy đủ, và theo đây tôi cho phép Ochsner Health yêu cầu và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào nêu trên nếu thấy cần thiết.			
Người nộp đơn	Ngày	Người đồng nộp đơn	Ngày