

担保人编号:

## 经济援助

### 流程与申请

Ochsner Health System (“OHS”) 承诺为经证明有经济需求或经济困难，且已获得其提供的必要医疗保健服务的患者提供经济援助。必要医疗服务指诊断或治疗疾病或受伤所需的合理或必要服务。必要的医疗救治由负责检查的医生来决定。此申请并不保证申请人可获得经济援助或减少未偿债务。

#### 需提交的表格包括:

- OHS 经济援助申请表
- OHS 患者证明

#### 需提交的文件包括:

1. 您本人及共同申请人最近提交的所得税申报表副本 **或** 最近三 (3) 张工资单副本。
  - a. 如您处于失业状态，请提供前任雇主的证明函、失业补助批准函副本 **或** 相应州劳工部拒绝发放失业补助的证明函。
2. 您本人及共同申请人最近 2 个月的银行对账单。

**\*\*您的申请文件必须包含上述第 1 项和第 2 项，以便我们进行处理；如果您没有此类文件，请提供相关书面声明\*\***

#### 如适用:

1. 社会安全局每月发出的福利金批准函副本
2. 每月残障补贴批准函副本
3. 医疗保险卡/信息副本
4. 所有其他收入：
  - a. 配偶赡养费/子女抚养费
  - b. 物业租金
  - c. 投资收益
5. 州政府行政官员提供的 Medicaid 拒绝函
6. 受扶养人证明（出生证明或最近提交的所得税申报表）

**\*\*如上述任何一项适用，我们将无法在您未提供此类文件（如适用）的情况下处理您的申请\*\***

请将填妥的表格和备好的文件邮寄至:

**Ochsner Health System**  
**Attn: \_\_\_\_\_**  
**1514 Jefferson Hwy**  
**New Orleans, LA 70121**

请将填妥的表格和备好的文件邮寄至:

**Ochsner Health System**  
Attn: \_\_\_\_\_  
1514 Jefferson Hwy  
New Orleans, LA 70121

收入信息: 请在下方填写收入信息。请说明所列为月收入还是年收入。

如已婚, 请在“共同申请人”字段下方填写配偶收入信息

收入来源	申请人	每月/年	共同申请人	每月/年
工资	\$		\$	
社会安全福利金	\$		\$	
残障补贴	\$		\$	
失业补助	\$		\$	
物业租金	\$		\$	
投资收益	\$		\$	
配偶赡养费	\$		\$	
子女抚养费	\$		\$	
总收入				\$

## 申请人信息

### 申请人/担保人信息

与患者的关系: \_\_\_\_\_

婚姻状况 (\*): \_\_\_\_\_

患者本人  配偶  父母

单身  已婚  离婚  分居

\* 如已婚, 请填写配偶信息和收入

是  否

姓氏 名字 中间名首字母 美国公民 社会安全号码

出生日期 受抚养人人数 受抚养人年龄 当前电话号码

街道地址 市、行政区、州 邮编

现任雇主 市、行政区、州 职位

如未工作, 您失业多久了?

**共同申请人信息**

与患者的关系:

患者本人  配偶  父母

是  否

姓氏 名字 中间名首字母 美国公民 社会安全号码

出生日期 受扶养人人数 受扶养人年龄 当前电话号码

街道地址 市、行政区、州 邮编

现任雇主 市、行政区、州 职位

如未工作, 您失业多久了?

## 证明

- 本人已遵循 **Ochsner 医疗费用补助计划 (Medical Cost Assistance Program, “MCAP”)** 的筛选流程，以便于 OHS 确定本人是否有资格获得其他替代资源（COBRA、社会安全福利金、Medicaid 和犯罪受害者援助）。
- 本人明白，在本人按规定完成 MCAP 资格审核流程或适用的申请流程之前，本人将没有资格获得经济援助。
- 本人明白，因非必要医疗服务（如完全是可选或整形美容服务）产生的欠款不符合经济援助条件，且本人未在此申请中包含任何此类欠款。
- 如果本人在此申请中包含因完全是可选或整形美容服务产生的欠款，则 OHS 不会对其进行调整。如果 OHS 误对此类欠款作出调整，则会将其恢复原状。
- 如适用，本人已提供最近/当前的保险卡副本并随附相关信息，用以提交过去、现在和将来的经济援助申请。
- 本人已提供此申请表第 1 页列出的所有必要文件。本人证明，据本人所知及所能，此申请表中提供的信息及所有证明文件均真实准确。

---

正楷姓名

---

签名

---

申请日期

---

电话号码/联系方式

---

地址（街道地址、市、州、邮编）

附件

Ochsner

经济援助计划

# 无收入证明/经济支持声明

\_\_\_\_\_ (申请人) 正在向 Ochsner Health System 申请经济援助。申请人表示其没有任何月/年收入。申请人已将贵方列为唯一经济支持渠道。

据本人所知，申请人目前没有收入，本人特此证明上述信息属实。本人正在为申请人提供食物和住所，以及/或向申请人提供如下所述的经济支持 \_\_\_\_\_

(与申请人的关系 - 例如：收容者、母亲、父亲、其他)

## 本人正在提供：

- 食物和住所                      \$ \_\_\_\_\_ 每月总额 (大致)
- 经济支持                         \$ \_\_\_\_\_ 每月总额 (大致)
- 其他                                \$ \_\_\_\_\_ 每月总额 (大致)

\_\_\_\_\_  
(支持者) 正楷姓名

\_\_\_\_\_  
(支持者) 签名

\_\_\_\_\_  
申请日期

\_\_\_\_\_  
电话号码/联系方式

\_\_\_\_\_  
地址 (街道地址、市、州、邮编)

如您有任何疑问或顾虑，请致电 504-842-4190 联系患者账户客户服务部。

**Ochsner Health System**  
Attn: \_\_\_\_\_  
1514 Jefferson Hwy  
New Orleans, LA 70121