

## Hỗ Trợ Tài Chánh

### Quá Trình & Nộp Đơn

Hệ Thống Chăm Sóc Sức Khỏe Ochsner (“OHS”) cam kết để cung cấp sự hỗ trợ về tài chánh cho các bệnh nhân chứng minh rằng họ gặp khó khăn và cần được giúp, những người đã và đang nhận được những dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết bởi OHS. Các dịch vụ cần thiết về mặt y tế là các dịch vụ hợp lý và cần thiết trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chấn thương. Sự cần thiết về mặt y tế được xác định bởi bác sĩ kiểm tra. Đơn xin này không được xem như sự bảo đảm cho sự hỗ trợ tài chánh, hoặc giảm những khoản nợ.

#### **Những giấy tờ cần thiết:**

- Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chánh Của OHS
- Chứng Thực Bệnh Nhân OHS

#### **Tài liệu cần có bao gồm:**

1. Bản sao khai thuế mới nhất HOẶC bản copy của ba (3) cuống check mới nhất cho chính quý vị và người cùng nộp đơn.
  - a. Nếu thất nghiệp, xin cung cấp một lá thư từ người chủ mà bạn mới nghỉ việc, chứng thực rằng bạn không được hưởng trợ cấp thất nghiệp từ bộ lao động trong tiểu bang của bạn.
2. Bản trình ngân hàng của 2 tháng gần nhất của bạn và người cùng nộp đơn.

**\*\*Hàng 1 và 2 bắt buộc phải có, thì đơn của bạn mới được cứu xét; nếu không có những thứ này, xin vui lòng viết một lá thư giải thích lý do\*\***

#### **Nếu áp dụng cho trường hợp của bạn, hãy nộp:**

1. Copy của thư lãnh tiền An Sinh Xã Hội hàng tháng
2. Copy của Tiền bịnh hàng tháng
3. Copy của thẻ/ thông tin của bảo hiểm sức khỏe
4. Tất cả bất cứ mọi nguồn thu nhập:
  - a. Từ người phối ngẫu/Cấp dưỡng cho con
  - b. Thu nhập từ tài sản cho thuê
  - c. Thu nhập từ các nguồn đầu tư
5. Thư từ chối Medicaid từ tiểu bang.
6. Chứng minh của những người phụ thuộc (giấy khai sinh hoặc bản khai thuế mới nhất)

**\*\*Nếu bất cứ điều nào trên đây áp dụng cho quý vị, mà không có giấy tờ chứng minh, chúng tôi sẽ không thể cứu xét đơn của quý vị \*\***

Xin gửi hồ sơ đầy đủ về địa chỉ:

**Ochsner Health System**  
**Tên người nhận: \_\_\_\_\_**  
**1514 Jefferson Hwy**  
**New Orleans, LA 70121**

Xin gửi hồ sơ đầy đủ về địa chỉ:

Ochsner Health System

Tên người nhận: \_\_\_\_\_

1514 Jefferson Hwy

New Orleans, LA 70121

**Thông tin thu nhập: Xin điền đầy đủ thông tin của mọi nguồn thu nhập dưới đây. Xin nói cho biết nguồn thu nhập là hàng tháng hay hàng năm.**

*Nếu đã kết hôn, xin bao gồm cả thu nhập của người phối ngẫu dưới phần người cùng nộp đơn*

Nguồn thu nhập	Người xin	Mỗi Tháng/Năm	Người cùng xin	Mỗi Tháng/Năm
Từ việc làm	\$		\$	
Tiền An Sinh Xã Hội	\$		\$	
Tiền bệnh	\$		\$	
Tiền thất nghiệp	\$		\$	
Tài sản cho thuê	\$		\$	
Thu nhập từ nguồn đầu tư	\$		\$	
Cấp dưỡng từ người phối ngẫu	\$		\$	
Cấp dưỡng nuôi con	\$		\$	
<b>Tổng cộng thu nhập</b>				\$

### Thông tin người nộp đơn

#### Thông tin người xin/ Người bảo đảm

Liên hệ với bệnh nhân:

Tình trạng hôn nhân (\*):

Bản thân  Người phối ngẫu  Phụ huynh  Độc thân  Kết hôn  Ly dị  Ly thân

*\* Nếu đã kết hôn, xin cho biết thông tin người phối ngẫu và thu nhập của người đó*

Có  Không

Họ	Tên	Chữ cái tên lót	Công dân Mỹ	Số An Sinh Xã Hội
Ngày Tháng Năm Sinh	Số người phụ thuộc	Tuổi người phụ thuộc	Số phone hiện tại	
Địa chỉ			Thành phố, Quận, Tiểu bang	Số vùng
Chỗ làm hiện tại		Thành phố, Quận, Tiểu bang	Chức vụ	
Nếu bạn không làm việc, bạn đã bị thất nghiệp bao lâu rồi?				

**Thông tin của người cùng  
xin**

**Liên hệ với bệnh nhân:**

Bản thân  Người phối ngẫu  Phụ huynh

Có  Không

Họ	Tên	Chữ cái tên lót	Công dân Mỹ	Số An Sinh Xã Hội
----	-----	-----------------	-------------	-------------------

Ngày Tháng Năm Sinh	Số người phụ thuộc	Tuổi người phụ thuộc	Số phone hiện tại
---------------------	--------------------	----------------------	-------------------

Địa chỉ	Thành phố, Quận, Tiểu bang	Số vùng
---------	----------------------------	---------

Chỗ làm hiện tại	Thành phố, Quận, Tiểu bang	Chức vụ
------------------	----------------------------	---------

**Nếu bạn không làm việc, bạn đã bị thất nghiệp bao lâu rồi?**

## Sự Chứng Thực

- Tôi đã tuân thủ quy trình sàng lọc của **Chương Trình Hỗ Trợ Chi Phí Y Tế của Ochsner** để xác định xem tôi có hội đủ điều kiện được nhận các nguồn tài trợ thay thế ("**MCAP**") (COBRA, An Sinh Xã Hội, Trợ Cấp Y Tế Medicaid, và Nạn Nhân của Tội Phạm).
- Tôi hiểu rằng, cho đến khi tôi tuân thủ các quy trình cứu xét điều kiện Chương Trình Hỗ Trợ Chi Phí Y Tế MCAP, hoặc các chương trình đăng ký hiện hành, Tôi sẽ không đủ điều kiện để được nhận các chương trình hỗ trợ về mặt tài chính.
- Tôi hiểu rằng những khoản nợ không liên quan đến những dịch vụ y tế cần thiết, chẳng hạn như những dịch vụ hoàn toàn tự chọn hoặc thuộc về thẩm mỹ, sẽ không đủ điều kiện để được trợ giúp về mặt tài chính, và tôi đã không bao gồm những khoản nợ đó trong đơn này.
- Nếu tôi bao gồm những khoản nợ hoàn toàn liên quan đến các dịch vụ tự chọn hoặc thẩm mỹ, chúng sẽ không được điều chỉnh. Tôi sẽ phải hoàn trả lại.
- Nếu áp dụng cho trường hợp của tôi, tôi đã cung cấp đầy đủ các chứng từ mới nhất về bảo hiểm của tôi với những thông tin đúng quy cách để nộp đơn cho những khoản nợ trước đây, trong hiện tại, và trong tương lai.
- Tôi đã nộp tất cả những giấy tờ được yêu cầu từ trang 1 trong bộ đơn này. Tôi xác thực, tất cả mọi thông tin được cung cấp trong hồ sơ này, cũng như tất cả các giấy tờ kèm theo là hoàn toàn đúng sự thật trong khả năng hiểu biết tốt nhất của tôi.

---

**Viết tên rõ ràng**

---

**Chữ ký**

---

**Ngày nộp đơn**

---

**Điện thoại/Liên lạc**

---

**Địa chỉ (Số nhà, tên đường, Thành phố, Tiểu bang, Số vùng)**

**Hồ sơ đính kèm**

Ochsner

Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính

## Chứng thực không có thu nhập / Chứng từ hỗ trợ

\_\_\_\_\_ (**Người nộp đơn**) đang nộp đơn xin hỗ trợ tài chính với Hệ Thống Chăm Sóc Sức Khỏe Ochsner. Người nộp đơn đã tuyên bố rằng họ không có bất cứ thu nhập nào hàng tháng/ hàng năm. Người nộp đơn đã viết ra đây, quý vị là nguồn hỗ trợ duy nhất của họ.

Với sự hiểu biết tốt nhất của tôi, người nộp đơn không có nguồn thu nhập nào, và tôi xác nhận điều này là hoàn toàn đúng sự thật. Tôi vừa giúp cho người nộp đơn, từ thức ăn, cho đến nhà ở, và/ hoặc cả tài chính theo như sau đây \_\_\_\_\_

(Liên hệ với người nộp đơn-ví dụ: Nơi ở, Mẹ, Cha, liên hệ khác)

### Tôi đang cung cấp:

- Thực phẩm và nơi ở \$ \_\_\_\_\_ Tổng cộng hàng tháng vào khoảng
- Hỗ trợ về tài chính \$ \_\_\_\_\_ Tổng cộng hàng tháng vào khoảng
- Những hỗ trợ khác \$ \_\_\_\_\_ Tổng cộng hàng tháng vào khoảng

\_\_\_\_\_  
Viết rõ tên (của người hỗ trợ)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký (của người hỗ trợ)

\_\_\_\_\_  
Ngày Tháng Năm

\_\_\_\_\_  
Điện thoại/Liên lạc

\_\_\_\_\_  
Địa chỉ (Số nhà, tên đường, Thành phố, Tiểu bang, Số vùng)

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc câu hỏi gì, quý vị có thể liên lạc với văn phòng Dịch Vụ Tài Khoản Khách Hàng qua số điện thoại 504-842-4190.

Hệ Thống Chăm Sóc Sức Khỏe  
Ochsner  
Tên Người Nhận: \_\_\_\_\_  
1514 Jefferson Hwy  
New Orleans, LA 70121