



## **Proceso y solicitud de asistencia financiera**

Slidell Memorial Hospital (SMH) , Slidell Memorial Hospital East (SMH East) se compromete a prestar asistencia financiera a los pacientes que muestren una necesidad o dificultad financiera, que hayan recibido servicios de atención médicamente necesarios proporcionados por OHS. Los servicios médicamente necesarios son servicios que son razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. El médico examinador determinará la necesidad médica. Esta solicitud no sirve como garantía de asistencia financiera ni de reducción de la deuda pendiente.

### **En la solicitud se debe incluir lo siguiente:**

- Todos los documentos requeridos para el solicitante y el cosolicitante, si corresponde
- Comprobante de las personas que tiene a cargo enumeradas en la solicitud
- Solicitud de asistencia financiera de Ochsner completa
- Comprobante de residencia en Estados Unidos

### **Incluya todos los documentos que correspondan de los que se enumeran a continuación:**

#### **A. Prueba de ingresos (consulte la sección de documentación aceptable)**

#### **B. Copia de la tarjeta/información del seguro médico**

#### **C. Comprobante de residencia (proporcione uno de los siguientes documentos):**

- a. Licencia de conducir / documento de identificación vigente de Estados Unidos
- b. Factura de servicios públicos actual (con nombre y domicilio del solicitante visibles)
- c. Contrato de alquiler (con nombre y domicilio del solicitante visibles)
- d. Registro electoral

#### **D. Prueba de personas a cargo (consulte la sección de documentación aceptable)**

- a. Copia de la declaración de impuestos (Formulario 1040) del año fiscal en curso
- b. Expedientes o declaraciones escolares
- c. Declaraciones de proveedores de salud

Complete todas las secciones del formulario y adjunte toda la documentación solicitada para que podamos investigar más a fondo su cuenta para cualquier asistencia que podamos proporcionar. Se hará todo lo posible por tramitar su solicitud con prontitud y, una vez que haya sido revisada, recibirá una carta confirmando la decisión. Si no se completan todas las secciones de la solicitud o no se proporciona la documentación requerida, la decisión final podría retrasarse aún más.

### **Devuelva la solicitud completada a:**

Mail: Slidell Memorial Hospital  
1001 Gause Blvd.  
Medicaid Eligibility Office - MOB1 – Box #35  
Slidell, Louisiana 70458-2987  
Fax: (504)842-0322  
Email: OchsnerFADocs@ochsner.org

### Formas aceptables de documentación

Tipo de ingresos	Documentación aceptable
<b>Ingresos laborales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal actual (si se declaran personas a cargo, se requiere la declaración de impuestos completa)</li> <li>○</li> <li>• Copia de los tres últimos recibos de sueldo consecutivos (del solicitante y del cosolicitante, si corresponde)</li> </ul>
<b>Trabajo autónomo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal en curso</li> </ul>
<b>Seguro Social/Jubilación</b>	<p>Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal en curso</p> <p>○</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la carta de concesión de la Administración del Seguro Social en la que se indica el pago mensual</li> </ul> <p>Y</p> <p>Copia de la notificación de pago mensual o de la carta de concesión de la pensión</p>
<b>Discapacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal en curso</li> <li>○</li> <li>• Copia de la carta de concesión de la prestación por discapacidad en la que se indica el pago mensual por discapacidad</li> </ul>
<b>Desempleo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal en curso</li> <li>○</li> <li>• Copia de la carta de concesión del subsidio de desempleo en la que se indique el importe de la prestación diaria, semanal o mensual</li> <li>• Si no tiene ingresos: una carta de apoyo redactada por la persona o personas que le proporcionan apoyo financiero (firmada y fechada)</li> <li>○</li> <li>• Carta en la que declare que no recibe ingresos ni asistencia financiera de ninguna fuente (firmada y fechada)</li> </ul>
<b>Manutención del cónyuge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal en curso en la que consten estos ingresos</li> <li>○</li> <li>• Copia de la carta oficial del tribunal en la que se indica el importe mensual de la concesión</li> </ul>
<b>Alquiler de inmuebles/ Otros ingresos de inversión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del formulario del Anexo 1</li> <li>○</li> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual (Formulario 1040) del año fiscal en curso</li> </ul>
<b>Otros</b>	<b>Documentación aceptable</b>
<b>Prueba de personas a cargo</b> <i>(Incluya el nombre del solicitante en estos documentos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de la declaración de impuestos individual del año fiscal en curso</li> <li>• Expediente o declaración escolar</li> <li>• Declaración del proveedor de servicios médicos o copia de la tarjeta del seguro médico</li> </ul>

Solicitud de Asistencia Financiera

FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

Complete toda la información.

**TENGA EN CUENTA**

- Deben completarse todas las secciones pertinentes de este formulario.
- La solicitud debe ir firmada y fechada.

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)**

Estado Civil:  Soltero  Casado  Pareja de hecho  Divorciado  Separado  Viudo

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Ciudadano de los Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento	N.º de personas a cargo		Edad de las personas a cargo		Teléfono fijo ( )		
Dirección			Ciudad	Estado	Condado	Código postal	
Empleador actual		Dirección		Ciudad		Estado	Posición

\* Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?

**2. INFORMACIÓN DEL COSOLICITANTE**

Relación con el paciente:  Cónyuge  Padre o madre

\*\*Aplicable si esta persona también solicita asistencia financiera\*\*

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Ciudadano de los Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento	N.º de personas a cargo		Edad de las personas a cargo		Teléfono fijo ( )		
Dirección			Ciudad	Estado	Condado	Código postal	
Empleador actual		Dirección		Ciudad		Estado	Posición

\* Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo ha estado sin empleo?

**3. INFORMACIÓN FAMILIAR**

(INDIQUE LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE SE TENDRÁN EN CUENTA PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Si el paciente es menor de edad, indique el/los padre(s)/tutor(es) como solicitante y cosolicitante.

<b>4. INFORMACIÓN DE INGRESOS</b>			
<b>Fuentes de ingresos <u>mensuales</u></b>	<b>Solicitante</b>	<b>Cosolicitante</b>	<b>Ingresos mensuales combinados (Solicitante + Cosolicitante)</b>
Ingresos laborales	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Manutención del cónyuge	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler de propiedades	\$	\$	\$
Ingresos por inversiones	\$	\$	\$
Otro(s) Utilice estos espacios	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos mensuales combinados</b>			

**5. Atestación**

- He cumplido con el proceso de evaluación del Programa de Asistencia de Costos Médicos de Ochsner ("MCAP") para determinar si puedo calificar para recursos alternativos (COBRA, Seguro Social, Medicaid y Víctimas de Delitos).
- Entiendo que hasta que haya cumplido con el proceso de elegibilidad de MCAP, o con el proceso de solicitud correspondiente, no podré recibir asistencia financiera.
- También entiendo que no se incluirán en esta solicitud los saldos de más de 240 días desde la fecha de la primera factura posterior al alta por un episodio de atención.
- He proporcionado toda la documentación requerida de las páginas 1 y 2 del presente formulario. Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud, así como todos los documentos de apoyo, son exactos y veraces a mi leal saber y entender.

**6. FIRMA**

Certifico que toda la información es válida y completa y por la presente autorizo a Ochsner Health a solicitar y/o verificar cualquier información anterior que considere necesaria.

<b>Solicitante</b>	<b>Fecha</b>	<b>Cosolicitante</b>	<b>Fecha</b>