



Programa de Assistência para Pagamento de Atendimento Hospitalar de Nova Jersey

REQUISIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

COMPROVANTE DE IDENTIDADE, COMPROVANTE DE RENDA E COMPROVANTE DE BENS DEVEM ACOMPANHAR ESTA REQUISIÇÃO. ENVIE CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS REQUERIDOS. NÃO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINAIS, JÁ QUE **NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.**

SEÇÃO I – Dados pessoais

1. NOME DO PACIENTE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)
_____ (Sobrenome)	_____ (Nome)	_____ - _____ - _____ (Inicial 2º nome)
3. DATA DA REQUISIÇÃO	4. DATA INICIAL DO ATENDIMENTO	5. DATA SOLICITADA PARA O ATENDIMENTO
____/____/____ Mês Dia Ano	____/____/____ Mês Dia Ano	____/____/____ Mês Dia Ano
6. ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PACIENTE		7. NÚMERO DE TELEFONE
_____		() - _____
8. CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. TAMANHO DA FAMÍLIA *
_____		_____
10. CIDADANIA AMERICANA	11. COMPROVANTE DE 3 MESES DE RESIDÊNCIA NO ESTADO DE NJ	
Sim Não Requisição pendente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. NOME DO FIADOR (Se diferente do paciente)	13. O PACIENTE TEM MAIS DE 65 ANOS?	
_____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CWF incluído	
14. O PACIENTE TEM COBERTURA DE SEGURO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

SEÇÃO II – Critérios de bens (para uso interno)

15. Bens individuais: _____

16. Bens familiares: _____

17. Os bens incluem:

- A. Dinheiro _____
- B. Contas de poupança _____
- C. Contas correntes _____
- D. Certificados de depósito/conta de aposentadoria (IRA) _____
- E. Participação patrimonial em imóveis (fora a residência primária) _____
- F. Outros bens (letra do tesouro, títulos negociáveis, ações e títulos corporativos) _____
- G. Total _____

*** O tamanho da família inclui a própria pessoa, o cônjuge e filhos menores.
Uma mulher grávida é contada como dois membros de uma família.**

REQUISICÃO DE PARTICIPAÇÃO (continuação)

SEÇÃO III – Critérios de renda

Na determinação de elegibilidade para assistência para atendimento hospitalar, a renda e os bens do cônjuge devem ser utilizados para os maiores de idade. A renda e os bens dos pais devem ser utilizados para os menores de idade. Comprovante de renda deve acompanhar esta requisição.

A renda é baseada no cálculo de doze meses, três meses ou um mês de renda anterior à data do atendimento.

A renda bruta do paciente/familiar equivale ao valor menor entre os seguintes:

Últimos 12 meses	ou	Últimos 3 meses X4	ou	Último 1 mês X12

18. FONTES DE RENDA

Semanal Mensal Anual

- A. Salário/remuneração antes de deduções
- B. Assistência pública
- C. Benefícios de previdência social
- D. Salário desemprego e seguro de acidentes de trabalho
- E. Benefícios para ex-militares
- F. Pensão alimentícia para filhos ou ex-cônjuge
- G. Apoio financeiro
- H. Pagamentos de pensão
- I. Pagamentos de seguros ou anuidades
- J. Dividendos/juros
- K. Renda de aluguel
- L. Renda líquida de negócios (autônomo/verificado por fonte independente)
- M. Outra (benefícios de greve, remuneração por treinamento, alocação para famílias militares, receita de espólio e curadorias)
- N. Total

SEÇÃO IV – Certificação do requerente

Estou ciente que as informações que eu apresentar estão sujeitas a verificação pela instalação de atendimento de saúde correspondente e pelos governos federal e estadual. A declaração falsa intencional desses fatos fará com que eu seja responsável por todas as tarifas hospitalares e me sujeitará a penalidades civis.

Se solicitado pela instalação de atendimento de saúde, farei a requisição de assistência médica governamental ou particular para o pagamento da fatura hospitalar.

Certifico que as informações anteriores a respeito do tamanho da minha família, renda e bens são verdadeiras e corretas.

Estou ciente que é minha responsabilidade avisar ao hospital de quaisquer alterações de status com relação à minha renda ou bens.

19. Assinatura do paciente ou fiador

20. Data

Certificação primária do paciente

Nome do paciente: _____

Número da conta: _____

Data do atendimento: _____

Endereço: _____

Coloque suas iniciais _____

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que eu/nós não tenho/temos nenhuma renda e não tive/tivemos nenhuma renda de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que eu não tenho nenhum dos bens indicados na requisição de atendimento de caridade.

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que eu sou uma pessoa sem teto desde ___ / ___ / ___

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que eu/nós não tenho/temos nenhum seguro médico para cobrir o valor pendente a pagar pelo meu atendimento hospitalar.

_____ Atesto que o meu nome é _____. Não posso fornecer um comprovante de identificação porque: _____

(indique o motivo)

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que eu/nós temos renda. A nossa renda bruta/em dinheiro é US\$ _____ e recebemos pagamentos _____ base.

frequência

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que tenho bens na data do atendimento acima do valor de US\$ _____

_____ Eu e/ou meu cônjuge atesto/atestamos que eu sou residente de Nova Jersey e pretendo continuar morando em Nova Jersey.

Resido em: _____

_____ Atesto que não realizei e não pretendo realizar nenhum pedido de indenização contra qualquer terceiro na qual busque o pagamento total ou parcial dos serviços médicos aos quais esta requisição se refere (incluindo, entre outros, pedido de benefícios de seguro por ausência de culpa, contra acidentes de trabalho, residencial, de motorista subsegurado ou não segurado e pedidos de indenização por responsabilidade civil). Estou ciente e concordo que, se tal pedido de indenização for realizado, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center pode retirar o atendimento de caridade e exigir o meu pagamento de todas as tarifas. Também concordo em notificar Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center quando um pedido de indenização for apresentado.

Assinatura do paciente

Nome em letra de forma

Data