

**Programa de asistencia para el pago de atención en  
hospitales de Nueva Jersey**

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

ESTA SOLICITUD DEBE INCLUIR LA CONSTANCIA DE IDENTIFICACIÓN, DE INGRESOS Y DE ACTIVOS. ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, DADO QUE NO SERÁN DEVUELTOS.

**SECCIÓN I: Información personal**

1. NOMBRE DEL PACIENTE:		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
_____ _____ _____ (Apellido) (Nombre) (Inicial del 2do nombre)		_____ - _____ - _____
3. FECHA DE LA SOLICITUD:	4. FECHA INICIAL DE SERVICIO:	5. FECHA DE SERVICIO SOLICITADO:
____ / ____ / ____ Día Mes Año	____ / ____ / ____ Día Mes Año	____ / ____ / ____ Día Mes Año
6. DIRECCIÓN POSTAL DEL PACIENTE		7. NÚMERO DE TELÉFONO
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA*
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE		11. CONSTANCIA DE TRES MESES DE RESIDENCIA EN EL ESTADO DE NUEVA JERSEY
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLICITUD PENDIENTE		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. NOMBRE DEL GARANTE (Si no es el paciente)		13. ¿EL PACIENTE TIENE MÁS DE 65 AÑOS DE EDAD?
_____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CWF incluido
14. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**SECCIÓN II: Criterios de activos (para uso de la oficina)**

15. Activos personales: \_\_\_\_\_

16. Activos familiares: \_\_\_\_\_

17. Los activos incluyen lo siguiente:

- A. Efectivo \_\_\_\_\_
- B. Cuentas de ahorro \_\_\_\_\_
- C. Cuentas corrientes \_\_\_\_\_
- D. Certificados de depósito/cuenta personal de jubilación \_\_\_\_\_
- E. Participación en inmuebles, que no sean la residencia principal \_\_\_\_\_
- F. Otros activos (letras del tesoro, instrumentos negociables, acciones y bonos corporativos) \_\_\_\_\_
- G. Total \$ 0.00

**\* La cantidad de integrantes de la familia lo incluye a usted, a su cónyuge y a cualquier hijo menor de edad. Una embarazada se cuenta como dos miembros de la familia.**

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (continuación)

SECCIÓN III: Criterios de ingresos

Para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de atención en hospitales, se deben usar los ingresos y activos del cónyuge en el caso de un adulto; se deben usar los ingresos y activos del padre en el caso de un menor de edad. Esta solicitud debe incluir la constancia de ingresos.

Los ingresos se basan en el cálculo de doce meses, tres meses o bien un mes de ingresos antes de la fecha de prestación del servicio.

Los ingresos brutos del paciente/familia son equivalentes al menor de los siguientes:

Últimos 12 meses	o	Últimos 3 meses x4	o	Último mes x12

18. FUENTES DE INGRESOS:

	Semanal	Mensual	Anual
A. Salario/Sueldo antes de las deducciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asistencia pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Beneficios del seguro social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Seguro de desempleo y de accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensión alimenticia/Manutención de hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Su manutención monetaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagos de jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagos de seguros o pensiones vitalicias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/Intereses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Ingresos comerciales netos (autónomo/verificado por fuentes externas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otros (indemnización por huelga, honorarios por capacitación, asignación familiar militar, ingresos de sucesiones y fideicomisos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total		\$ 0.00	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN IV: Certificación por el solicitante

Entiendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte del centro de atención médica correspondiente y de los gobiernos federales o del estado. Si realizo declaraciones falsas intencionales sobre estos hechos deberé pagar todos los cargos del hospital y estaré sujeto a sanciones civiles.

Si el centro de atención médica lo requiere, solicitaré asistencia médica privada o del gobierno para pagar la factura del hospital.

Certifico que la información anterior con respecto a la cantidad de miembros de mi familia, mis ingresos y mis activos es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital cualquier cambio en mi estado con respecto a mis ingresos o activos.

19. Firma del paciente o garante

20. Fecha

**Certificación principal del paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Coloque sus iniciales**

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que yo/nosotros no tuve/tuvimos ingresos desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge declaro/declaramos que no tengo activos como se indica en la solicitud de cuidados de beneficencia.

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge declaro/declaramos que no tengo hogar y no lo he tenido desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge declaro/declaramos que yo/nosotros carezco/carecemos de seguro médico que cubra el monto pendiente de los servicios prestados por el hospital.

\_\_\_\_\_ Declaro que me llamo \_\_\_\_\_ . No puedo proporcionar constancia de identificación porque: \_\_\_\_\_  
(indique motivo)

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge declaro/declaramos que yo/nosotros recibo/recibimos ingresos. Nuestros ingresos brutos/en efectivo es \$ \_\_\_\_\_ y nos pagan de forma \_\_\_\_\_ .  
frecuencia

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que poseo activos que, a la fecha de prestación del servicio mencionado más arriba, que equivalen a \$ \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que soy residente de Nueva Jersey y que tengo la intención de no dejar de serlo. Resido en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Certifico que no he presentado y que no tengo la intención de presentar un reclamo contra un tercero a efectos de reclamar el pago total o parcial de los servicios médicos relacionados con esta solicitud (incluidos, de forma no taxativa, reclamos de beneficios de seguro sin atribución de la culpabilidad, de accidentes de trabajo, de vivienda, contra conductores no asegurados o subasegurados, y delitos civiles). Comprendo y acepto que, en caso de que se presente un reclamo de esa naturaleza, el Centro médico Hackensack Meridian Health Pascack Valley puede revocar los cuidados de beneficencia y reclamarme el pago de todos los gastos. También me comprometo a informar al Centro médico Hackensack Meridian Health Pascack Valley en caso de que se presente un reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha