

SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)		Número de seguro social		Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad		Estado	
Teléfono de casa		Teléfono celular			
Nombre y dirección del empleador				Teléfono del trabajo ()	

APUNTE CUALQUIER OTRO INGRESO ABAJO		INGRESOS BRUTOS TOTALES FAMILIARES		
Asistencia pública \$	Desempleo/Discapacidad \$	Mes pasado/4 semanas x 13 \$	Últimos 3 meses \$	Últimos 12 meses \$
Seguro social \$	Compensación para trabajadores \$	Ingresos anuales totales \$	Tamaño de la familia Enumere los nombres y fechas de nacimiento de familiares directos	
Pensión \$	Pensión alimenticia / Manutención infantil \$			
Ingresos por alquiler \$	Enumere cualquier otro ingreso \$			

ENUMERE TODOS LOS ACTIVOS

Cuenta de ahorros \$	Cuenta corriente \$	Anualidades/Becas/Subvenciones \$	Tarjetas de débito con depósito directo prepago \$
IRA o cuentas de jubilación \$	Acciones/Bonos/Certificados de depósito \$	Otros activos \$	Activos totales \$

Categorías de inelegibilidad para Medicaid: Ingresos altos Extranjero no elegible
 No discapacitado No conforme con Medicaid

Valor de bienes inmuebles en EE. UU. o en otro país (si no es la vivienda familiar en la que reside) \$ _____

Nombre de la compañía aseguradora	Número de póliza	Número de grupo
Dirección de la aseguradora	Ciudad	Estado
Cantidad pagada por el seguro	Cantidad NO pagada por el seguro	Fecha del servicio

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Además, solicitaré cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) esté disponible para el pago de mis cargos hospitalarios y tomaré las acciones necesarias para obtener dicha ayuda, así como asignaré o pagaré a **Hackensack Meridian Health** la cantidad recuperada por dichos cargos. Entiendo que es mi obligación proporcionar al hospital la prueba de determinación para Medicaid. Entiendo que esta solicitud se realiza para que el hospital pueda evaluar mi elegibilidad para servicios no compensados bajo el Programa de Atención No Compensada (Uncompensated Care Program) del Departamento de Salud (Department of Health) del Estado. Con base en los criterios establecidos en el expediente del hospital, si alguna información que proporcioné resulta falsa, entiendo que el hospital podrá reevaluar mi situación financiera y tomar las medidas que considere apropiadas.

X _____ Fecha _____
Firma del solicitante

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Fecha de recepción de la solicitud	Ingresos verificados	<input type="checkbox"/> Solicitud Aprobada	<input type="checkbox"/> Verificación de ingresos pendiente
	Sí No	<input type="checkbox"/> Medicaid pendiente	<input type="checkbox"/> Activos pendientes

Solicitud denegada: _____ RAZÓN:

Porcentaje de elegibilidad _____% Firma de la persona que toma la determinación Fecha:

NOTA: SI SE RECHAZA LA SOLICITUD, PUEDE VOLVER A SOLICITAR SERVICIOS FUTUROS

Nombre del paciente: _____

N.º de cuenta _____

CERTIFICACIONES

A. Certifico que no tengo cobertura médica disponible para cubrir el costo de este servicio..

B. Marque con un círculo su estado civil: soltero, casado, divorciado, viudo. Tengo (#) hijos menores. _____

_ C. Certifico que estoy casado y separado, y no tengo vínculos económicos con mi cónyuge desde _____

Firmado: _____

_ D. Certifico que no recibo manutención infantil/pensión alimenticia de mi ex cónyuge.

Firmado: _____

_ E. Certifico que no he tenido ingresos desde: ____ / ____ / ____

_ F. En el momento del servicio, estaba empleado por: _____

Fecha de contratación: __ / __ / __ Mi ingreso bruto fue de \$ _____ semanal/quincenal/mensual/anual

Recibí otros ingresos de _____ \$ _____ semanal/quincenal/mensual/anual

_ G. Certifico que presenté/no presenté declaración de impuestos para el año _____. Si no, indique el motivo por el cual no presentó la declaración:

_ H. Certifico que no poseo ningún tipo de activo.

Firmado: _____ Relación con el paciente: _____

Certifico que he residido en (dirección) _____

Vivo solo o con _____

J. Certifico que soy residente del estado de Nueva Jersey desde _____. No tengo residencia en ningún otro estado o condado y tengo toda la intención de mantener mi residencia en Nueva Jersey.

K. Certifico que estoy sin hogar desde _____ I I
Sí/No me quedo ocasionalmente en un refugio local.

Nombre/Dirección del refugio: _____

Sí/No tengo identificación.

Firmado: _____

_ L. Hago esta declaración jurada para solicitar atención benéfica.

Entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de Hackensack Meridian Health y los gobiernos federal o estatal. La tergiversación deliberada de estos hechos invalidará esta solicitud de atención benéfica y me hará responsable de todos los cargos y sanciones civiles según la N.J.S.A. 26:2H-18.63.

Si Hackensack Meridian Health lo solicita, solicitaré asistencia gubernamental u otra ayuda médica para el pago de la factura hospitalaria, si califico.

Certifico que la información sobre mis ingresos, tamaño familiar y activos es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firmado: _____
Paciente /Cónyuge /Padre /Guardián

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____