

LA INFORMACIÓN REQUERIDA MÁS ABAJO DEBE SER PRESENTADA EN OPORTUNIDAD DE SU ENTREVISTA CON UN ASESOR FINANCIERO. *****ES POSIBLE QUE SE REQUIERA INFORMACIÓN ADICIONAL UNA VEZ QUE LA SOLICITUD SEA REVISTA. *****

***** POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE TODA INFORMACIÓN QUE SEA IMPRESA DEL INTERNET, DEBERÁ SER VERIFICADA POR UNA FIRMA Y SELLO DE ESA COMPAÑÍA. *****

IDENTIFICACIÓN APROPIADA (SOMETA UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES POR CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA)*** Si usted es un estudiante universitario full time de 21 años de edad o menos, debe presentar asimismo, todos los documentos de ambos padres. Ellos serán incluidos en el tamaño de su familia, así como cualquier hermano de 21 años o menor, que sea un estudiante full time.***

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. Licencia de conducir | 2. Tarjeta de Seguro Social |
| 3. Pasaporte vigente | 4. Certificado de nacimiento |

COMPROBANTE DE RESIDENCIA EN NUEVA JERSEY: (PARA EL MES DE SU SERVICIO SOLICITADO). Debe presentar uno de los documentos requeridos a continuación:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Cuenta de servicios públicos | 2. Copia de contrato de alquiler o escritura |
| 3. Licencia de conducir | 4. Carta de una persona declarando que usted vive con él o ella |

INGRESOS:

Ingreso actual bruto del mes anterior a la fecha del servicio recibido, o ingreso de los tres meses anteriores a la fecha del servicio recibido:

- a) Talones de cheques recibidos por pago, por desempleo, asistencia por discapacidad, o por manutención del menor.
- b) Una carta de su empleador, en papel membrete (INCLUYENDO nombre, dirección y número de teléfono). La carta debe declarar su ingreso bruto; también debe mencionar si usted está cubierto por algún plan de seguro para la salud.
- c) Copia de carta de seguro social y/o carta de adjudicación de pensión.
- d) Si está desempleado y no tiene ingresos, debe presentar una carta de la persona que lo esté ayudando económicamente.
- e) Si recibe asistencia financiera escolar, debe presentar la carta de adjudicación financiera de sus últimos 2 semestres inmediatamente anteriores a la fecha del servicio recibido.

ACTIVOS LÍQUIDOS:

Debe presentar copias de estados de cuentas corrientes y de ahorro, IRAs, CDs, acciones y/o bonos, o de cualquier otra cuenta que pueda ser inmediatamente convertida en efectivo. Todos los estados de cuenta deben tener vigencia durante la fecha de los servicios recibidos aquí referidos.

ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID:

Si usted es menor de 18 años, mayor de 65, ciego o discapacitado, o es una mujer embarazada, debe presentar prueba de haber sido evaluado/a para elegibilidad de programas de Medicaid.

COPIA DE TODAS LAS PÁGINAS COMPLETAS DE IMPUESTOS INTERNOS Y FORMULARIOS W2 DEL AÑO ANTERIOR

COPIAS DE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO DE CADA MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR

SECCIÓN III - Criterio sobre los ingresos

Al determinarse la elegibilidad para asistencia de cuidado hospitalario, el ingreso y los activos del cónyuge se deben usar para un adulto; Los ingresos y activos de los padres deben ser usados para un niño menor de edad. Esta solicitud debe acompañar comprobante de ingreso. El ingreso se basa en el cálculo ya sea de los doce meses, tres meses, o un mes de ingresos previos a la fecha del servicio prestado.

El ingreso bruto del paciente o la familia es igual al menor de los siguiente:

Los últimos 12 meses	o	Los últimos 3 meses x 4	o	El último mes x 12

16. FUENTES DE INGRESO:

SAMANAL MENSUAL ANUAL

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Efectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Asistencia pública | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Beneficios por Seguro Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Desempleo y Compensación al trabajador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Beneficios al veterano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Pensión alimenticia / Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Otros apoyos monetarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pagos por pensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Pagos por seguro o anualidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividendos / Intereses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Ingresos por alquiler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Ingresos netos de un negocio (empleado por cuenta propia / verificado por fuente independiente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Otro (beneficios por causa de huelga, estipendios de entrenamiento, asignación a familia militar, ingreso por propiedades y fideicomiso). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N. Total | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SECCIÓN IV – Declaración del solicitante

Entiendo que la información que aquí someto está sujeta a verificación por el centro médico correspondiente, por el gobierno federal y estatal. Representación errónea intencional de estos hechos me harán responsable por todos los cargos del hospital y quedaré sujeto a sanciones civiles.

De ser requerido por el centro médico, solicitaré por asistencia médica del sector privado o gubernamental para pagar la cuenta del hospital.

Certifico que la información que antecede respecto al tamaño de mi grupo familiar, ingresos y activos es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital sobre cualquier cambio en el estado de mis ingresos o activos.

17. FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE

18. FECHA

Fecha: _____

A quien corresponda:

La presente es para declarar que yo _____ **NO Tengo** lo siguiente (*por favor indique todo lo que usted **NO** tiene*):

- Formulario 1040 de impuestos internos (Federal) del año
- No presenté
- No trabajo, ni recibo asistencia por desempleo, discapacidad, ni recibo asistencia financiera
- Cuenta bancaria
- Cuenta de ahorros
- CD'S/ACCIONES/ PLANES DE IRA/401K
- Seguro médico / Dental / Seguro sin factor de culpabilidad

Firma

Comentarios adicionales: _____

A quien corresponda:

Yo, el firmante, _____ (*relación con el paciente*)

_____, proveo alojamiento, comida y otras necesidades esenciales a:

_____ en mi residencia,

_____, y lo vengo haciendo

desde _____ hasta _____

No soy responsable ni estoy en condiciones de pagar por ninguna cuenta de hospital ni por otros gastos médicos por él / ella.

Firma

Fecha

Teléfono: (_____) _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Entiendo que la información que someto queda sujeta a verificación por el centro médico correspondiente, así como por el gobierno federal y estatal. La representación errónea intencional de estos hechos me hará responsable por todos los cargo del hospital, y quedará sujeto a sanciones civiles.

De ser requerido por el centro médico, solicitaré por asistencia médica del sector privado o gubernamental para pagar la cuenta del hospital.

Certifico que la información que antecede respecto al tamaño de mi grupo familiar, ingresos y activos es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital sobre cualquier cambio en el estado de mis ingresos o activos.

Por la presente declaro que la información provista con el propósito de crear la solicitud para Asistencia Financiera / Cuidado Caritativo, es correcta, según lo entiendo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL PROVEEDOR: Robert Wood Johnson University Hospital