

**HORAS DE OFICINA: 9:00 AM – 4:30 PM**  
**TELE: 732-418-8450 FAX 732-253-3462**  
**NO SE REQUIERE CITA**  
**RWJUH 181 Somerset St**  
**1 er Piso**  
**NEW BRUNSWICK, NJ 08901**  
**charity.care@rwjuh.edu**

LA INFORMACION SOLICITADA ABAJO DEBE APORTADOS EN EL MOMENTO DE SU ENTREVISTA CON UN CONSEJERO FINANCIERO.

**\*\*\*INFORMACION ADICIONAL PUEDE SER SOLICITADA DESPUES DE LA SOLICITUDE ES REVISADA.\*\*\***

**\*\*\*TENGA EN CUENTA QUE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SE IMPRESO DEL INTERNET, DEBE SER FIRMADO POR EL EMPLEADOR O INSTITUION FINANCIERA Y SELLO\*\*\***

**IDENTIFICACION VALIDA:** POR FAVOR, UNA DE LA SIGUIENTE PARA CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA. **\*\*\*SI USTED ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO EN LA UNIVERSIDAD 21 ANOS O MENOS DEBE PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS, DE SUS PADRES Y HERMANOS. ELLOS SERAN INCLUIDOS EN EL TAMANO DE SU FAMILIA, ASI COMO CUALQUIER HERMANO QUE ES UN ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO DE 21 ANOS DE EDAD O MENOS\*\*\***

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

**PRUEBA DE RESIDENCIA NUEVA JERSEY:** (PARA EL MES DE SU SERVICIO SOLICITADO). Debe proporcionar uno de los siguientes documentos requeridos

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. Cuenta de utilidad   | 2. Copia de escritura o apartamento                                       |
| 3. Licencia de conducir | 4. Carta del individuo indicando que usted, el paciente vive con el/ella. |

### **INGRESOS**

Ingresos totales por un mes antes de servicio o ingresos de tres meses inmediatamente antes de servicio, o prueba de ingresos por 12 meses antes de la fecha del servicio

- Talonarios de pago, desempleo, incapacidad, o mantenimiento de niños
- Carta del empleador de la compañía, indicando ganancias sin deducciones (incluyendo nombre, dirección y # teléfono de la compañía) y que indicar si o no recibe seguro medico
- Copia de beneficios de seguro social o pensión
- Si no trabaja y no tiene ingresos, necesitamos una carta de la persona(s) que le ofrece ayuda financiera
- Si usted recibe ayuda financiera para la educación debe dar a la carta de concesión de ayuda financiera para que los últimos dos semestres inmediatamente anteriores a la fecha de servicio.

### **ACTIVOS LIQUIDOS:**

Usted debe proporcionar copias de cheques y de ahorros, IRA, CD, 401K, acciones y / o bonos, o cualquier otra cuenta que se puede convertir fácilmente en dinero en efectivo. Todos los estados de cuenta debe ser válido para la fecha de servicio en cuestión.

### **MEDICAIDELEGIBILIDAD:**

Si usted es un menor de 18 años, mayores de 65 años, ciego, discapacitado o está embarazada, usted debe mostrar prueba de que fueron seleccionados para los programas de Medicaid.

### **COPIA DE TODAS LAS PAGINAS DE SUS IMPUESTOS Y TERMINADOS W2 DEL AÑO ANTERIOR.**

### **COPIAS DE CUALQUIER TARJETA DE SEGURO PARA CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA**



**SECCION II – INFORMACION DE BIENES**

Cuando determinando elegibilidad para asistencia, ingresos del esposo/esposa serán usados para un adulto. Ingresos de padre(s) serán usados para un menor de edad. Prueba de ingresos tienen que acompañar esta aplicación.

Ingresos serán basados en la calculación de uno de los siguientes: Doce (12) Meses, Tres (3) Meses o Un (1) Mes de ingresos antes de la fecha de servicio.

Paciente/Familia Ganancias Financieras igual a lo menor de lo siguiente:

Últimos 12 Meses

Últimos 3 Meses x 4

Último Mes x 12

**16. Origen de Ingresos**

		Semanal	Mensual	Anual
A. Ingresos Antes Deducciones	_____	( )	( )	( )
B. Asistencia Publica	_____	( )	( )	( )
C. Beneficios De Seguro Social	_____	( )	( )	( )
D. Beneficios De Desempleo y Compensación	_____	( )	( )	( )
E. Beneficios De Veteranos	_____	( )	( )	( )
F. Asistencia De Divorcio/Mantenimiento De Niños	_____	( )	( )	( )
G. Cualquier Mantenimiento Monetario	_____	( )	( )	( )
H. Sueldo De Pensión	_____	( )	( )	( )
I. Beneficios De Seguro/Anualidad	_____	( )	( )	( )
J. Dividendos/Interés	_____	( )	( )	( )
K. Ingresos De Renta	_____	( )	( )	( )
L. Ganancia Neto De Negocio (Negocio Propio/ verificado por un origen independiente)	_____	( )	( )	( )
M. Otro (Beneficios de Huelga, Ingresos Militar, Entrenamiento o Derechos)	_____	( )	( )	( )
N. TOTALES	_____	( )	( )	( )

**SECCION III – CERTIFICACION DEL APLICANTE**

Yo entiendo que la información que yo muestro es sujeta a verificación de las agencias apropiadas (Federal y Estado). Mal representación de estos datos me hará responsable por todos los gastos del hospital y penales civiles.

Si es solicitada por el hospital, yo aplicare para asistencia gubernativo o asistencia medica privada para pagar los gastos del hospital.

Yo certifico que la información sobre mi familia, ingresos y bienes son verdad y correcto.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de avisarle al hospital sobre cualquier cambio con respecto a mis ingresos y bienes.

17. Firma del Paciente o Garantizador

18. Fecha

Fecha: \_\_\_\_\_

A Quien Le Interese:

Esto es para indicar que yo, \_\_\_\_\_, no tengo lo siguiente.  
(POR FAVOR IMPRIMA SU NOMBRE)

Por favor, marque lo que no tenga:

- ( ) 20\_\_\_\_\_ 1040 Income Tax (Federal), no llene.
- ( ) No trabajo, colecto desempleo, deshabilite o recibo asistencia financiera.
- ( ) Cuentas de cheques
- ( ) Cuentas de ahorros
- ( ) CD'S/STOCKS/ I.R.A. PLANS/ 401K
- ( ) Seguro Medico/Seguro P.I.P. de Auto Móvil

\_\_\_\_\_  
Firma

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

A Quien Le Interese:

Esto es para indicar que yo, \_\_\_\_\_, no tengo lo siguiente. (IMPRIMA POR FAVOR SU NOMBRE)

Por favor, marque lo que no tenga:

- 20\_\_\_\_\_ 1040 Income Tax (Federal), no llene.
- No trabajo, colecto desempleo, deshabilite o recibo asistencia financiera.
- Cuentas de cheques
- Cuentas de ahorros
- CD'S/STOCKS/ I.R.A. PLANS/ 401K
- Seguro Medico/Seguro P.I.P. de Auto Móvil

\_\_\_\_\_  
Firma

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A Quien Le Interese:

Yo, el Firmante, \_\_\_\_\_

(relación al paciente) \_\_\_\_\_

testigo que sostengo cuarto y comida para \_\_\_\_\_  
(Nombre de paciente)

en mi residencia, \_\_\_\_\_  
(Dirección)

desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Yo no soy responsable y no soy capaz de pagar para cualquier gasto medico o cuenta del hospital para el/ella.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Teléfono: (      ) \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE APOYO FINANCIERO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que no estoy casada con el padre de mi hijo/hija/niños, y no recibo ayuda financiera para ellos, pero el nos provee con ropa casa, y comida.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que no estoy casada con el padre de mi hijo/hija/niños, y no recibo ayuda financiera para el/ella/ellos.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que no estoy casada con el padre de mi hijo/hija/niños, pero si recibo ayuda financiera para el/ella/ellos

\_\_\_\_\_  
*Firma*

CERTIFICO POR ESTE MEDIO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA PARA LOS PROPOSITOS DE CREAR UNA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA / BENEFICIENCIA ES CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA

---

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

---

FECHA