

Programa de assistência para pagamento por atendimento hospitalar de Nova Jersey  
**SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

PROVA DE IDENTIFICAÇÃO, COMPROVAÇÃO DE RENDA E COMPROVAÇÃO DE PROPRIEDADE DE BENS DEVEM  
 ACOMPANHAR ESTA SOLICITAÇÃO.

ENVIE CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NÃO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINAIS, POIS ELES NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.

**SEÇÃO I — Informações pessoais**

1. NOME DO PACIENTE  _____ (Sobrenome) _____ (Nome) _____ (IM)		NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (SSN)  _____ - _____ - _____
3. DATA DA SOLICITAÇÃO  ____/____/____ Mês Dia Ano	4. DATA DE INÍCIO DO SERVIÇO  ____/____/____ Mês Dia Ano	5. DATA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO  ____/____/____ Mês Dia Ano
6. ENDEREÇO DO PACIENTE  _____		7. NÚMERO DE TELEFONE  (____) _____ - _____
8. CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL  _____		9. TAMANHO DA FAMÍLIA *
10. CIDADANIA NORTE-AMERICANA  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitação pendente		11. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA POR 3 MESES NO ESTADO DE NJ  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. NOME DO AVALISTA (Se não for o 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 ALGUM SEGURO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

**SEÇÃO II — Critérios de propriedade de bens**

15. Bens individuais: \_\_\_\_\_

16. Bens da família: \_\_\_\_\_

17. Bens incluem:

- A. Dinheiro \_\_\_\_\_
- B. Contas poupança \_\_\_\_\_
- C. Contas corrente \_\_\_\_\_
- D. Comprovantes de depósito/conta de aposentadoria \_\_\_\_\_
- E. Participação em imóveis (que não sejam a residência principal) \_\_\_\_\_
- F. Outros ativos (títulos do tesouro, títulos de crédito, ações e títulos corporativos) \_\_\_\_\_
- G. Total \_\_\_\_\_

\* O tamanho da família inclui o indivíduo, o cônjuge e filhos menores de idade. Mulheres grávidas são contabilizadas como dois membros da família.

**SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO (Continuação)**

---

**SEÇÃO III — Critérios de renda**


---

Ao determinar a qualificação para receber assistência para atendimento hospitalar, a renda e os ativos do cônjuge devem ser usados para adultos; a renda e os ativos dos pais devem ser usados para crianças menores de idade. Esta solicitação deve ser acompanhada por comprovante de renda.

A renda é baseada no cálculo de doze meses, três meses ou um mês de renda antes da data do serviço.

A renda bruta do paciente/família é igual ao menor entre os seguintes:

Últimos 12 meses	Últimos 3 meses X4	Último mês X12	Último mês X13

**18. FONTES DE RENDA**

		Semanal	Mensal	Anual
A. Salário/pagamentos antes das deduções	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistência pública	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Benefícios de seguridade social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Seguro desemprego e indenização por acidente de trabalho	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Benefícios para ex-combatentes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensão alimentícia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Apoio financeiro	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamentos de pensão	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagamentos de seguro ou anuidade	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/juros	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Renda com aluguel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Renda comercial líquida (autônomo/confirmada por fonte independente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Outro (benefícios por greve, pagamentos durante treinamentos, cota para familiares de militares, renda de ativo e fundos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total líquido	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**SEÇÃO IV — Certificação do solicitante**


---

Eu compreendo que as informações enviadas estão sujeitas a verificação pela instituição de atendimento à saúde adequada e pelos governos federal ou estadual. Informações errôneas apresentadas propositalmente sobre esses fatos me sujeitarão a cobranças integrais do hospital e penalidades civis.

Caso seja solicitado pela instituição de atendimento à saúde, solicitarei assistência médica governamental ou privada para o pagamento da conta do hospital.

Certifico que as informações acima relacionadas ao tamanho de minha família, renda e ativos são verdadeiras e corretas.

Compreendo que é minha responsabilidade informar o hospital de quaisquer mudanças de status relacionadas à minha renda ou ativos.

---

 19. Assinatura do paciente ou avalista

20. Data

## Atestado primário do paciente

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Número da conta: \_\_\_\_\_

Data do serviço: \_\_\_\_\_

Rubrique

\_\_\_\_\_ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que não temos nem tivemos nenhuma renda de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que não temos nenhum bem conforme indicado na solicitação do Programa Charity Care.

\_\_\_\_\_ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que sou sem-teto desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Eu atesto que não tenho seguro médico no momento de minha internação no Hospital.

\_\_\_\_\_ Eu atesto que o meu nome é \_\_\_\_\_. Não posso fornecer prova de identidade porque: \_\_\_\_\_  
(Indique o motivo)

\_\_\_\_\_ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que temos renda. A nossa renda bruta/monetária é de US\$ \_\_\_\_\_ e somos pagos \_\_\_\_\_.  
Frequência

\_\_\_\_\_ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que temos bens na data do serviço acima no valor de US\$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que eu resido em Nova Jersey e que pretendo continuar residindo em Nova Jersey.

\_\_\_\_\_ Eu atesto que não fiz e nem pretendo fazer nenhuma alegação contra qualquer terceiro buscando pagamento, no todo ou em parte, pelos serviços médicos a que esta solicitação se refere (incluindo, sem limitação, solicitações sem comprovação, de indenização por acidente de trabalho, proprietários de imóveis, subsegurado ou não segurado ou alegação de ato ilícito). Compreendo e concordo que, se um pedido como esse for feito, a Jefferson Health pode cancelar o Programa Charity Care e exigir de mim o pagamento de todas as despesas. Também concordo em notificar a Jefferson Health quando um pedido for protocolado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente\_\_\_\_\_  
Nome em letra de fôrma\_\_\_\_\_  
Data

## **Atestado de exclusões do Programa de assistência hospitalar de New Jersey**

**Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) de que o**  
NOME DO PACIENTE  
**NJHAP (Programa de assistência hospitalar de Nova Jersey) serve apenas para faturamento do Jefferson Health. Compreendo que eu posso ser responsável por honorários de médicos particulares associados ao meu tratamento. Médicos do Departamento de emergência, médicos que analisam e interpretam exames, como radiologistas, patologistas, cardiologistas e anestesistas, e todos os outros médicos que participarem do tratamento não são obrigados a honrar o desconto do NJHAP.**

**Compreendo também que precisarei fazer acordos de pagamento separados com todos os médicos envolvidos em meu tratamento ou na interpretação dos serviços prestados diretamente com o consultório ou com a empresa de cobrança do médico.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DATA