

**Programa de Assistência de Pagamento de Cuidados do New Jersey Hospital  
INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO**

A PROVA DE IDENTIDADE, A PROVA DE RENDIMENTOS E A PROVA DE ATIVOS TÊM DE ACOMPANHAR ESTA INSCRIÇÃO.  
ENVIAR CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS NÃO ENVIE OS DOCUMENTOS ORIGINAIS, POIS OS MESMOS NÃO SERÃO  
DEVOLVIDOS.

**SECÇÃO I – Dados pessoais**

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1. NOME DO PACIENTE<br><br>_____ (último) _____ (primeiro) _____ (do meio)  |   | NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL<br><br>____ - ____ - ____                         |
| 3. DATA DE INSCRIÇÃO<br><br>____ / ____ / ____<br>Mês      Dia      Ano   | 4. DATA INICIAL DO SERVIÇO<br><br>____ / ____ / ____<br>Mês      Dia      Ano   | 5. DATA DE SERVIÇO PEDIDA<br><br>____ / ____ / ____<br>Mês      Dia      Ano |
| 6. MORADA DO PACIENTE   |   | 7. NÚMERO DE TELEFONE<br><br>(____) _____ - _____                            |
| 8. CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL  |   | 9. TAMANHO DA FAMÍLIA *  |
| 10. CIDADANIA DOS EUA<br><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pedido pendente | 11. PROVA DE RESIDÊNCIA DURANTE 3 MESES NO ESTADO DE NJ<br><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |  |
| 12. NOME DO FIADOR (se diferente do nome do paciente)   | 13. O PACIENTE TEM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incluído(a) no CWF |  |
| 14. O PACIENTE ESTÁ COBERTO POR ALGUM SEGURO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                         |   |  |

**SECÇÃO II – Critério de ativos**

15. Ativos individuais: \_\_\_\_\_

16. Ativos familiares: \_\_\_\_\_

17. Os ativos incluem:

|   |       |
|---|-------|
| A. Numerário  | _____ |
| B. Contas poupança  | _____ |
| C. Contas à ordem   | _____ |
| D. Certificados de depósito / I.R.A.  | _____ |
| E. Equidade em imóveis (para além da residência principal)                                      | _____ |
| F. Outros ativos (certificados de aforro, títulos negociáveis, ações e obrigações empresariais) | _____ |
| G. Total  | _____ |

\* O tamanho da família inclui o(a) próprio(a), o(a) cônjuge e crianças menores de idade. Uma grávida é considerada como dois membros da família.

**INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO (continuação)**

---

**SECÇÃO III - Critérios de rendimentos**


---

Ao determinar a elegibilidade para assistência hospitalar, os rendimentos e os bens de um cônjuge devem ser usados para um adulto; os rendimentos e os ativos dos pais devem ser usados para um filho menor. A prova de rendimentos tem de acompanhar esta inscrição

Os rendimentos são baseados no cálculo de doze meses, três meses ou um mês antes da data do serviço.

O rendimento bruto de um paciente/uma família é igual ao menor dos seguintes:

|                  |                       |                   |                   |
|------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Últimos 12 meses | Últimos 3 meses<br>X4 | Último mês<br>X12 | Último mês<br>X13 |
|                  |                       |                   |                   |

**18. FONTES DOS RENDIMENTOS**

|   |       | Semanais                 | Mensais                  | Anuais                   |
|---|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Salário / Vencimentos 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 da segurança social   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Compensação por desemprego e de trabalho   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Benefícios de veteranos  | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Pensão de alimentos / Abono de família   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. O seu apoio monetário  | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pagamentos de pensões  | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Seguro de pagamento em anuidades   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividendos / Juros   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Rendimentos de arrendamentos   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Rendimentos líquidos de negócios (trabalhador por conta própria/verificado por fonte independente)                   | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Outro (benefícios de greve, bolsas de formação, atribuição de família militar, rendimentos de propriedades e fundos) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N. Total  | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**SECÇÃO IV - Certificação pelo requerente**


---

Entendo que as informações que submeto estão sujeitas a verificação pelo serviço de saúde apropriado e pelos governos federal ou estatal. A deturpação deliberada desses factos responsabilizar-me-á por todas as acusações hospitalares e será sujeita a sanções civis.

Se solicitado pelo serviço de saúde, solicitarei assistência médica governamental ou privada para pagamento da conta do hospital.

Certifico que as informações acima sobre o tamanho da minha família, rendimentos e ativos são verdadeiras e corretas.

Entendo que é da minha responsabilidade informar o hospital sobre qualquer alteração no estado em relação aos meus rendimentos ou ativos.

---

 19. Assinatura do paciente ou do fiador

 20. Data
 

---

## Atestado principal do paciente

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Número da conta: \_\_\_\_\_

Data do serviço: \_\_\_\_\_

Colocar rubrica

\_\_\_\_\_ Eu e/ou o(a) meu/minha cônjuge confirmamos que eu/nós não temos rendimentos no momento e desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Eu e/ou o(a) meu/minha cônjuge confirmamos que eu não possuo ativos, tal como listados na inscrição charity care.

\_\_\_\_\_ Eu e/ou o(a) meu/minha cônjuge confirmamos que sou sem abrigo e já o sou desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Confirmo que não tenho qualquer seguro médico no momento da minha admissão no hospital.

\_\_\_\_\_ Confirmo que o meu nome é \_\_\_\_\_. Não posso fornecer prova de identificação, porque: \_\_\_\_\_  
(declarar a razão)

\_\_\_\_\_ Eu e/ou o(a) meu/minha cônjuge confirmamos que eu/nós temos rendimentos. O nosso rendimento bruto é de \$ \_\_\_\_\_ e recebemos numa base \_\_\_\_\_ .  
Frequência

\_\_\_\_\_ Eu e/ou o(a) meu/minha cônjuge confirmamos que tenho ativos na data do serviço no montante de \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Eu e o(a) meu/minha cônjuge confirmamos que sou um(a) residente de Nova Jérсия e que pretendo continuar a ter Nova Jérсия como minha residência.

\_\_\_\_\_ Confirmo que não fiz e não pretendo fazer uma reclamação contra terceiros em que possa solicitar pagamento, no todo ou em parte, pelos serviços médicos aos quais esse pedido se refere (incluindo, sem limitação, reclamações sem culpa, compensação de trabalhadores, proprietários de casas, benefícios de seguro para motoristas com ou sem seguro e processos civis). Entendo e concordo que, se alguma dessas reivindicações for feita, o Jefferson Health poderá retirar o seu charity care e solicitar o pagamento de todas as minhas cobranças. Também concordo em notificar o Jefferson Health quando uma reclamação for apresentada.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Nome em letras de imprensa

\_\_\_\_\_  
Data

## **Atestado de exclusões do Hospital Assistance Program de Nova Jérсия**

**Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) que o**  
NOME DO PACIENTE  
**Hospital Assistance Program de Nova Jérсия (NJHAP) é apenas para faturação do Jefferson Health.**

**Entendo que posso ser responsável por honorários médicos particulares associados aos meus cuidados. Médicos do Departamento de Emergência, médicos que leem e interpretam testes, como Radiologistas, Patologistas e Cardiologistas, Anestesiologistas e todos os outros médicos que prestam cuidados não são obrigados a honrar o desconto do NJHAP.**

**Entendo ainda que precisarei de fazer acordos de pagamento separados para todos os médicos incluídos nos meus cuidados ou interpretação dos serviços prestados diretamente ao consultório ou empresa de cobrança.**

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

\_\_\_\_\_  
DATA