

**Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de New Jersey  
SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

SE DEBE ADJUNTAR UN COMPROBANTE DE IDENTIFICACIÓN, COMPROBANTE DE INGRESOS Y COMPROBANTE DE ACTIVOS A ESTA SOLICITUD. ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, YA QUE NO SERÁN DEVUELTOS.

**SECCIÓN I: Información Personal**

1. NOMBRE DEL PACIENTE  _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  ____ - ____ - ____
3. FECHA DE LA SOLICITUD  ____/____/____ Mes    Día    Año	4. FECHA DE INICIO DEL SERVICIO  ____/____/____ Mes    Día    Año	5. FECHA DEL SERVICIO SOLICITADO  ____/____/____ Mes    Día    Año
6. DIRECCIÓN DEL PACIENTE  _____		7. NÚMERO DE TELÉFONO  (____) ____ - ____
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL  _____		9. CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA*  _____
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente		11. COMPROBANTE DE RESIDENCIA DE 3 MESES EN EL ESTADO DE NJ  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. NOMBRE DEL GARANTE (si es distinto del paciente)  _____		13. ¿EL PACIENTE ES MAYOR DE 65 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Adjunta CWF
14. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**SECCIÓN II: Criterios sobre los activos**

15. Activos individuales: \_\_\_\_\_
16. Activos familiares: \_\_\_\_\_
17. Los activos incluyen: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| A. Dinero en efectivo  |  |
| B. Cuentas de ahorros  |  |
| C. Cuentas corrientes  |  |
| D. Certificados de depósito / I.R.A.   |  |
| E. Patrimonio en bienes raíces (además de la residencia principal)                         |  |
| F. Otros activos (bonos del Tesoro, documentos negociables, acciones y bonos corporativos) |  |
| G. Total   |  |

\* La cantidad de integrantes de la familia incluye al solicitante, su cónyuge e hijos menores. Una mujer embarazada se contabiliza como dos miembros de la familia.

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (Continuación)**

### SECCIÓN III: Criterios sobre los ingresos

Al determinar la elegibilidad para la asistencia para atención hospitalaria, se deben usar los ingresos y activos del cónyuge para los adultos, y los ingresos y activos de los padres para los hijos menores. Se debe adjuntar el comprobante de ingresos a esta solicitud.

Los ingresos se basan en el cálculo de los ingresos de los últimos doce meses, tres meses o de un mes antes de la fecha de servicio.

Los ingresos brutos del paciente/de la familia son iguales a la siguiente cifra, la que sea menor:

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

18. FUENTES DE INGRESOS

		Semanales	Mensuales	Anuales
A. Salario / Pago antes de los descuentos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asistencia pública	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Beneficios de seguridad social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Indemnización por desempleo y laboral	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficios de veteranos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensión alimenticia / Manutención al menor	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Asistencia monetaria	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagos de pensión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagos de seguros y rentas vitalicias	_____	<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 comerciales netos (por cuenta propia/verificados por fuente independiente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otros (beneficios de huelga, becas de capacitación, asignación familiar militar, ingresos de sucesiones y fideicomisos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECCIÓN IV: Certificación del solicitante

Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del centro médico correspondiente y el gobierno federal o estatal. La declaración falsa intencional de estos hechos me hará responsable de todos los cargos hospitalarios y estaré sujeto a sanciones civiles.

Si así lo requiere el centro médico, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de la factura del hospital.

Certifico que la información anterior sobre la cantidad de integrantes de mi familia, los ingresos y los activos es verdadera y correcta.

Comprendo que soy responsable de informar al hospital sobre todo cambio en el estado de mis ingresos o activos.

19. Firma del paciente o garante

20. Fecha

## Certificación primaria del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Sírvase escribir sus iniciales

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que no tengo/tenemos ingresos y no los he/hemos tenido desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que no tengo/tenemos activos según se enuncian en la solicitud de cobertura de beneficencia.

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que estoy/estamos en situación de calle y que me encuentro/nos encontramos en esa situación desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Certifico que no tengo Seguro Médico al momento de mi admisión al hospital.

\_\_\_\_\_ Certifico que mi nombre es \_\_\_\_\_. No puedo proporcionar evidencia de

mi identificación porque: \_\_\_\_\_

(Indique el motivo)

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que tengo/tenemos ingresos. Nuestros ingresos brutos/en efectivo son de \$ \_\_\_\_\_ y se nos paga cada \_\_\_\_\_.

Frecuencia

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que tengo/tenemos activos a la fecha del servicio anterior por un monto de \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Yo y/o mi cónyuge certifico/certificamos que soy/somos residente/residentes de New Jersey y tengo/tenemos intención de seguir viviendo en New Jersey.

\_\_\_\_\_ Certifico que no he hecho y no pretendo hacer una reclamación contra ningún tercero por la cual busque un pago, total ni parcial, de servicios médicos relacionados con esta solicitud (incluyendo, entre otros, reclamaciones sin culpa, indemnización laboral, beneficios del seguro de propietario de vivienda o seguro de conductor no asegurado o con seguro insuficiente, e indemnización por daños). Entiendo y acepto que, en caso de hacer cualquiera de dichas reclamaciones, Jefferson Health podrá retirar su cobertura de beneficencia y podrá exigir que yo pague todos los cargos relacionados. También acepto notificar a Jefferson Health cuando se presente una reclamación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Certificación de exclusiones de New Jersey Programa de Asistencia Hospitalaria**

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado de que  
NOMBRE DEL PACIENTE  
el Programa de Asistencia Hospitalaria de New Jersey (NJHAP) es únicamente para facturación de Jefferson Health.

Entiendo que podría ser mi responsabilidad pagar las tarifas de médicos privados asociadas con mi atención. Los médicos del departamento de emergencias; los médicos que leen e interpretan pruebas, como radiólogos, patólogos y cardiólogos; los anestesiólogos, y todos los demás médicos tratantes no tienen la obligación de respetar el descuento del NJHAP.

Además, entiendo que debo acordar planes de pagos por separado para cada médico involucrado en mi atención o en la interpretación de los servicios proporcionados directamente con el consultorio del médico o compañía de facturación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA