

Programa de Asistencia de Atención Hospitalaria de New Jersey

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

A ESTA SOLICITUD DEBE ANEXARSE LA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN, EL COMPROBANTE DE INGRESOS Y EL COMPROBANTE DE ACTIVOS. ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE DOCUMENTOS

SECCIÓN I - Información personal

1. NOMBRE DEL PACIENTE:		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
(Apellido)	(Nombre) (Inicial del segundo)	
3. FECHA DE LA SOLICITUD	4. FECHA INICIAL DEL SERVICIO	5. FECHA DEL SERVICIO SOLICITADA
6. CALLE Y NÚMERO		7. NÚMERO DE TELÉFONO
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE	11. COMPROBANTE DE TRES MESES DE RESIDENCIA EN EL ESTADO DE NJ	
12. NOMBRE DEL GARANTE (si no es el paciente)		

SECCIÓN II - Criterio de Activos

13. Activos Individuales: \_\_\_\_\_

14. Activos Familiares: \_\_\_\_\_

15. Los activos incluyen:

A. Efectivo

B. Cuentas de ahorro

C. Cuentas corrientes

D. Certificados de Depósito/I.R.A.

E. Propiedad en el sector inmobiliario (que no sea la residencia primaria) -

F. Otros activos (bonos del tesoro, instrumentos negociables, acciones corporativas y bonos) -

G. Total

\*La cantidad de integrantes de la familia incluye a sí mismo, el cónyuge y los hijos menores. Una mujer embarazada se cuenta

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (Continuación)

SECCIÓN III - Criterio de ingresos

Al determinar la elegibilidad para asistencia de atención hospitalaria, los ingresos y activos de un cónyuge deben utilizarse para un adulto; los ingresos y activos de los padres deben utilizarse para un menor de edad. A esta solicitud debe anexarse el comprobante de ingresos.

El ingreso se basa en el cálculo de doce meses, tres meses o un mes de ingresos antes de la fecha del servicio. Ingreso bruto del paciente/de la familia igual al menor de los siguientes:

ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 3 MESES X 4	ÚLTIMO MES X 12	

16. FUENTES DE INGRESOS

A. Salario/Sueldos antes de las deducciones

\_\_\_\_\_

B. Asistencia pública

\_\_\_\_\_

C. Beneficios del seguro social

\_\_\_\_\_

D. Indemnización por des empleo y a Trabajadores

\_\_\_\_\_

E. Beneficios de veterano

\_\_\_\_\_

F. Pensión alimenticia/Sustento al

\_\_\_\_\_

G. Otro apoyo monetario

\_\_\_\_\_

H. Pagos de pensión

\_\_\_\_\_

I. Pagos de seguro y de anualidad

\_\_\_\_\_

J. Dividendos/Intereses

\_\_\_\_\_

K. Ingreso de renta

\_\_\_\_\_

L. Ingresos netos de la empresa  
(empleador por cuenta)

M. Otros (beneficios de huelga, becas de capacitación, asignación familiar militar, ingresos de sucesiones y fideicomisos)

\_\_\_\_\_

N. Total

\_\_\_\_\_

SECCIÓN IV - Certificación del solicitante

Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación por parte del centro de salud correspondiente y los gobiernos federales o estatales. La tergiversación intencional de estos hechos me hará responsable de los cargos del hospital y estaré sujeto a sanciones civiles.

Si así lo solicita el centro de salud, solicitaré asistencia médica privada o del gobierno para el pago de la factura del hospital.

Certifico que la información anterior sobre el tamaño de la familia, los ingresos y activos es verdadera y correcta.

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

17. FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE

18. FECHA



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

COLOQUE **SUS INICIALES** EN LA LÍNEA DELANTE DE CADA DECLARACIÓN QUE SEA APLICABLE.

\_\_\_\_\_ DECLARO QUE NO TENGO INGRESOS Y NO LOS HE TENIDO DESDE

\_\_\_\_\_ DECLARO QUE YO NO TENGO ACTIVOS, INCLUIDO UNA CUENTA BANCARIA, A TRAVÉS DE MÍ O CUALQUIER TERCERO.

\_\_\_\_\_ DECLARO QUE ESTOY SIN HOGAR Y HE ESTADO SIN HOGAR DESDE

DECLARO QUE NO TENGO NINGUNA COBERTURA MÉDICA A TRAVÉS DE MI MISMO O DE CUALQUIER TERCERO PARA CUBRIR EL SALDO DE ESTA CUENTA.

\_\_\_\_\_ DECLARO QUE SOY RESIDENTE DEL ESTADO DE NEW JERSEY Y HE SIDO RESIDENTE DE ESTE ESTADO DESDE

\_\_\_\_\_ DECLARO QUE NO POSEO NINGÚN MEDIO DE IDENTIFICACIÓN.

AFIRMO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA HOJA DE TRABAJO ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

**X**

FIRMA

RELACIÓN

FECHA

FIRMA DEL

FECHA



A quien pueda interesar:

Yo, (nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_ (relación con el paciente) \_\_\_\_\_

Proporciono el alojamiento y la comida necesarios, y otros elementos esenciales de la vida, para:

\_\_\_\_\_

en mi dirección de residencia:

\_\_\_\_\_

y lo he estado haciendo desde: (fecha) \_\_\_\_\_

No soy responsable ni capaz de pagar ningún gasto de hospital ni ningún otro gasto para él/ella.

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

Teléfono: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN**

CUENTA NO.

NOMBRE:

---

DIRECCIÓN:

---

---

NO. DE SEGURO SOCIAL:

---

Por la presente autorizo y solicito la divulgación al Centro Médico Regional de de cualquier información de la administración de la seguridad social, servicios sociales bancos o cualquier otra fuente que pueda necesitar con respecto a mi edad, residencia, ciudadanía, empleo, recursos de ingresos y beneficios de seguridad social. Entiendo que la información obtenida será utilizada para fines directamente relacionados con mi elegibilidad para el programa de asistencia de atención hospitalaria de NJ o Medicaid.

X

FECHA:

---

FIRMA

FECHA DE VISTO O RECIBIDO

REPRESENTANTE DEL ATLANTICARE REGIONAL MEDICAL