



**Programa de Assistência a Cuidados Hospitalares do Estado de Nova Jérсия**

**PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO**

ESTE PEDIDO DEVE SER ACOMPANHADO PELAS PROVAS DE IDENTIFICAÇÃO, RENDIMENTO E BENS. AS CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS DEVEM SER ENVIADAS PARA: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. NÃO ENVIE OS DOCUMENTOS ORIGINAIS VISTO QUE ESTES NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.

SECÇÃO I – Informação Pessoal			
1. NOME DO PACIENTE  (Apelido) (Nome) (Iniciais)		2. NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL	
3. DATA DO PEDIDO  Mês Dia Ano	4. DATA DO SERVIÇO INICIAL  Mês Dia Ano	5. DATA DO SERVIÇO SOLICITADO  Mês Dia Ano	
6. MORADA (RUA) DO PACIENTE		7. TELEFONE	
8. CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. DIMENSÃO DO AGREGADO FAMILIAR*	
10. CIDADANIA AMERICANA  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pedido pendente		11. PROVA DE RESIDÊNCIA DE 3 MESES NO ESTADO DE NOVA JÉRSIA  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. NOME DO FIADOR (se for outra pessoa que não o paciente)  (Apelido) (Nome) (Iniciais)		13. O PACIENTE ESTÁ COBERTO POR SEGURO? <input type="checkbox"/> Sim ou <input type="checkbox"/> Não  NOME DA SEGURADORA MORADA	

**Familiares elegíveis, incluindo o requerente**

Nome	Data de nascimento	Número da Segurança Social	Ocupação	Salário mensal

**SECÇÃO II – Critérios relativos aos bens**

14. Bens individuais	
15. Bens familiares	
16. Bens incluem	
A. Numerário	
B. Contas de poupança	
C. Contas à ordem	
D. Certificados de Depósitos/I.R.A. (Contas de pensão individuais)	
E. Valor líquido em bens imóveis (Que não a residência primária)	
F. Outros bens (Obrigações do Tesouro, títulos negociáveis, ações corporativas e obrigações/títulos)	
G. Total	

\*A dimensão do agregado familiar inclui o próprio, o cônjuge e menores. Uma mulher grávida conta como dois membros do agregado familiar.

### SECÇÃO III – Critérios relativos ao rendimento

Ao determinar a elegibilidade para a assistência a cuidados hospitalares, é necessário usar o rendimento e bens de um cônjuge para um adulto; o rendimento e bens dos pais devem ser usados para um menor. Este pedido deve ser acompanhado pela prova de rendimento.

O rendimento baseia-se no cálculo de doze meses, três meses ou um mês de rendimento antes da data do serviço.

O rendimento bruto do paciente/do agregado familiar é igual ao menor dos seguintes:

<b>ÚLTIMOS 12 MESES</b>	OU	<b>ÚLTIMOS 3 MESES X 4</b>	OU	<b>ÚLTIMO 1 MÊS X 12</b>

#### 17. FONTES DE RENDIMENTO

	SEMANAL	MENSAL	ANUAL
A. Salário/Vencimento antes das deduções _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Auxílio público _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Benefícios de Segurança Social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Subsídio de desemprego e indemnização por acidente 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/Pensão de alimentos a favor de menores _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Outro auxílio monetário _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamentos a favor da pensão _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagamentos de seguros ou anuidades _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/Juros _____			
K. Rendimento de aluguer _____	<input type="checkbox"/>		
L. Rendimento de negócios líquidos (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, Cota de família militar, rendimento de patrimónios e fideicomissos) _____	<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

Compreendo que a informação que fornecer destina-se a ser verificada pela organização de cuidados de saúde apropriada e pelos Governos Federal ou Estatal. Uma falsa declaração intencional destes factos tornar-me-á responsável por todas as despesas hospitalares e sujeitar-me-á a penalizações civis.

Se tal for solicitado pela organização de cuidados de saúde, solicitarei assistência médica governamental ou privada para o pagamento da conta hospitalar.

Certifico pelo presente que a informação acima indicada acerca da dimensão do meu agregado familiar, rendimento e bens é fidedigna e correta. Compreendo que é minha responsabilidade informar o hospital de qualquer alteração de estado no que diz respeito ao meu rendimento.

18. ASSINATURA DO PACIENTE OU DO FIADOR

19. DATA

### Programa de Assistência a Cuidados Hospitalares do Estado de Nova Jérсия

#### DETERMINAÇÃO EM RELAÇÃO AO PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO

#### SECÇÃO I – Informação Pessoal

1. NOME DO PACIENTE		2. DIMENSÃO DO AGREGADO FAMILIAR	
3. DATA DO SERVIÇO	4. DATA DA DETERMINAÇÃO	5. DATA DE EXPIRAÇÃO	
6. CÁLCULO DO RENDIMENTO	7. RENDIMENTO TOTAL		
<input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 13 semanas x 4 <input type="checkbox"/> 1 mês x 12		

#### SECÇÃO II – Determinação relativa ao programa Medicaid

8. FOI EFETUADO UM REENCAMINHAMENTO PARA AUXÍLIO PÚBLICO

 Sim Não

Explicar: \_\_\_\_\_

#### SECÇÃO III - Determinação

O seu pedido relativo a Assistência a Cuidados Hospitalares do Estado de Nova Jérсия foi aprovado. A sua responsabilidade financeira é \_\_\_\_\_% da conta hospitalar por serviços a partir de \_\_\_\_\_. O hospital pode fornecer assistência de \_\_\_\_\_% em relação aos encargos hospitalares por quaisquer serviços hospitalares futuros durante um período de \_\_\_\_\_ meses a partir da data do serviço inicial.

O seu pedido relativo a Assistência a Cuidados Hospitalares do Estado de Nova Jérсия foi recusado porque você não cumpre os requisitos de elegibilidade. Os motivos específicos para a inelegibilidade são os seguintes:

- A documentação relativa ao rendimento não foi fornecida. \*
- A documentação relativa aos bens não foi fornecida. \*\*
- O rendimento excede os critérios de elegibilidade.
- Os bens excedem os critérios de elegibilidade.
- O paciente foi encaminhado para o programa Medicaid.
- Não ocorreu a recusa do programa Medicaid.
- Outro \_\_\_\_\_

\*Os requerentes que sejam considerados inelegíveis com base no facto de não terem fornecido informação específica devem encaminhar esta informação para o hospital:

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM  
100 First Street Suite 300  
Hackensack, New Jersey 07601  
Financial Assistance Department  
Tel.: (551)996-4343  
Fax: (551)996-4333

\*\*Os requerentes que possuam bens que excedam o limite de elegibilidade têm a opção de "pagamento" usando os bens que excedem o limite a favor da conta

hospitalar. Se pagar \_\_\_\_\_ a favor da conta hospitalar, o saldo restante pode ser considerado elegível para \_\_\_\_\_ % ao abrigo dos termos do New Jersey Hospital Care Assistance Program (Programa de Assistência a Cuidados Hospitalares do Estado de Nova Jérсия).

NOME DO AVALIADOR	TÍTULO
ASSINATURA	DATA

Os requerentes que tenham dúvidas acerca do programa podem contactar o  
**New Jersey State Department of Health**  
**HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM**  
**CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360**  
**Telefone 1-866-588-5696**

REV. 12/21/2015