



Programa de Asistencia para la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey
SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

ESTA SOLICITUD DEBE IR ACOMPAÑADA DE PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN, DE INGRESOS Y DE ACTIVOS. ENVÍE LAS COPIAS DE TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department (Departamento de Asistencia Financiera) NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES, PUES NO LE SERÁN DEVUELTOS.

SECCIÓN I – Información personal		
1. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido) (Nombre) (Inicial segundo nombre)		2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
3. FECHA DE LA SOLICITUD Mes Día Año	4. FECHA DE INICIO DEL SERVICIO Mes Día Año	5. FECHA DE SOLICITUD DEL SERVICIO Mes Día Año
6. DOMICILIO DEL PACIENTE		7. NÚMERO DE TELÉFONO
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. TAMAÑO DE LA FAMILIA*
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente		11. PRUEBA DE 3 MESES DE RESIDENCIA EN EL ESTADO DE NJ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. NOMBRE DEL GARANTE (si no es el paciente) (Apellido) (Nombre) (Inicial segundo nombre)		13. ¿TIENE EL PACIENTE COBERTURA DE SEGURO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No NOMBRE DE LA EMPRESA DIRECCIÓN

Familiares elegibles, incluido el solicitante

Nombre	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro	Ocupación	Salario mensual

SECCIÓN II – Criterios sobre los activos	
14. Activos personales	
15. Activos familiares	
16. Los activos incluyen	
A. Efectivo	
B. Cuentas de ahorro	
C. Cuentas corrientes	
D. Certificados de depósito/I.R.A. (cuentas personales de jubilación)	
E. Capital en bienes raíces (que no sean la residencia principal)	
F. Otros activos (bonos del tesoro, títulos negociables, acciones y bonos corporativos).	
G. Total	

SECCIÓN III – Criterios sobre los ingresos

determinar la elegibilidad para recibir asistencia para atención hospitalaria, se usarán los ingresos y activos del cónyuge en el caso de los adultos, y los ingresos y activos de los padres en el caso de los hijos menores de edad. Esta solicitud debe ir acompañada de una constancia de los ingresos.

Los ingresos se calculan a partir de uno, tres o doce meses de ingresos anteriores a la fecha del servicio.

El ingreso bruto del paciente o la familia equivale al monto menor de los siguientes:

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

17. FUENTE DE INGRESOS

	SEMANALMENTE	MESESALMENTE	ANUALMENTE
A. Salario/paga antes de deducciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asistencia pública _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Beneficios del Seguro Social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Seguro de desempleo y de indemnización por accidente de trabajo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficios para veteranos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensión alimenticia/mantenimiento para los hijos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Otro apoyo monetario _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pago de pensión _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Seguro o pago de anualidad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/intereses _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Ingresos por rentas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Ingresos netos comerciales (trabajador por cuenta propia/verificado por una fuente independiente) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otros (beneficios de huelga, estipendios por capacitación, asignación para familiares de militares, ingresos de propiedades y de fondos fiduciarios) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN IV – Certificación por el solicitante

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de la institución de atención médica correspondiente y de los gobiernos federales o estatales. La tergiversación intencional de estos datos me hará responsable de todos los cargos hospitalarios y podré estar sujeto a multas civiles.

Si así lo solicitara la institución de atención médica, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de la factura del hospital.

Certifico que la información provista arriba respecto del tamaño de mi familia, de mis ingresos y activos, es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital sobre cualquier cambio en mi situación respecto de los ingresos.

18. FIRMA DEL PACIENTE O DEL GARANTE	19. FECHA
--------------------------------------	-----------

Programa de Asistencia para la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey

DETERMINACIÓN DE LA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

SECCIÓN I – Información sobre el solicitante		
1. NOMBRE DEL PACIENTE		2. TAMAÑO DE LA FAMILIA
3. FECHA DEL SERVICIO	4. FECHA DE LA DETERMINACIÓN	5. FECHA DE CADUCIDAD
6. CÓMPUTO DE LOS INGRESOS <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 13 semanas x 4 <input type="checkbox"/> 1 mes x 12	7. TOTAL DE INGRESOS

SECCIÓN II – Determinación de Medicaid	
8. ¿SE HIZO LA DERIVACIÓN PARA ASISTENCIA PÚBLICA?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No Explique: _____

SECCIÓN III - Determinación	
<input type="checkbox"/>	Su solicitud de Asistencia para la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey ha sido aprobada. Su responsabilidad económica es del _____ % de la factura por los servicios hospitalarios brindados a partir de _____. El hospital puede brindarle asistencia con el _____ % de los cargos del hospital para todo servicio hospitalario durante un período de _____ meses a partir de la fecha de inicio del servicio.
<input type="checkbox"/>	Su solicitud de Asistencia para la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey ha sido rechazada porque usted no cumple con los requisitos de elegibilidad. Los motivos específicos de su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad son los siguientes:
<input type="checkbox"/>	No presentó la documentación de los ingresos. *
<input type="checkbox"/>	No presentó la documentación de los activos. **
<input type="checkbox"/>	Los ingresos exceden el criterio de elegibilidad.
<input type="checkbox"/>	Los activos exceden el criterio de elegibilidad.
<input type="checkbox"/>	El paciente fue derivado a Medicaid.
<input type="checkbox"/>	No presentó el rechazo de Medicaid.
<input type="checkbox"/>	Otro _____

*Los solicitantes que resultan no elegibles debido a que no han presentado información específica deberán dirigir esta información al hospital:

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM (PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA)
100 First Street, Suite 300
Hackensack, Nueva Jersey 07601
Departamento de Asistencia Financiera
Teléfono: (551)996-4343
Fax: (551)996-4333

**Los solicitantes con activos que excedan el criterio de elegibilidad tienen la opción de “spend down”, es decir aplicar el exceso de activos al pago de la factura del

hospital. Si usted paga la cantidad de _____ a cuenta de la factura del hospital, el saldo restante puede considerarse elegible para el

_____ % como parte del Programa de Asistencia para la Atención Hospitalaria de Nueva Jersey.

NOMBRE DEL EVALUADOR	TÍTULO
FIRMA	FECHA

Los solicitantes que tengan preguntas sobre el programa pueden comunicarse con el

Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey

HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM

(PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA

PERSONAS SIN SEGURO DE SALUD)

CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360

Número de teléfono: 1-866-588-5696

REV.: 12/21/2015