

LA INFORMACION SOLICITADA ABAJO DEBE APORTADOS EN EL MOMENTO DE SU ENTREVISTA CON UN CONSEJERO FINANCIERO. ***INFORMACION ADICIONAL PUEDE SER SOLICITADA DESPUES DE LA SOLICITUDE ES REVISADA.***

TENGA EN CUENTA QUE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SE IMPRESO DEL INTERNET, DEBE SER FIRMARDO POR EL EMPLEADOR O INSTITUION FINANCIERA Y SELLO

IDENTIFICACION VALIDA: POR FAVOR, UNA DE LA SIGUIENTE PARA CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA. ***SI USTED ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO EN LA UNIVERSIDAD 21 ANOS O MENOS DEBE PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS, DE SUS PADRES Y HERMANOS. ELLOS SERAN INCLUIDOS EN EL TAMANO DE SU FAMILIA, ASI COMO CUALQUIER HERMANO QUE ES UN ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO DE 21 ANOS DE EDAD O MENOS***

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. Licencia de conducir | 2. Tarjeta de Seguro Social |
| 3. Pasaporte válido | 4. Certificado de nacimiento |

PRUEBA DE RESIDENCIA NUEVA JERSEY: (PARA EL MES DE SU SERVICIO SOLICITADO). Debe proporcionar uno de los siguientes documentos requeridos

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Cuenta de utilidad | 2. Copia de escritura o apartamento |
| 3. Licencia de conducir | 4. Carta del individuo indicando que usted, el paciente vive con el/ella. |

INGRESOS

Ingresos totales por un mes antes de servicio o ingresos de tres meses inmediatamente antes de servicio, o prueba de ingresos por 12 meses antes de la fecha del servicio

- a) Talonarios de pago, desempleo, incapacidad, o mantenimiento de niños
- b) Carta del empleador de la compañía, indicando ganancias sin deducciones (incluyendo nombre, dirección y # teléfono de la compañía) y que indicar si o no recibe seguro médico
- c) Copia de beneficios de seguro social o pensión
- d) Si no trabaja y no tiene ingresos, necesitamos una carta de la persona(s) que le ofrece ayuda financiera
- e) Si usted recibe ayuda financiera para la educación debe dar a la carta de concesión de ayuda financiera para que los últimos dos semestres inmediatamente anteriores a la fecha de servicio.

ACTIVOS LIQUIDOS:

Usted debe proporcionar copias de cheques y de ahorros, IRA, CD, 401K, acciones y / o bonos, o cualquier otra cuenta que se puede convertir fácilmente en dinero en efectivo. Todos los estados de cuenta debe ser válido para la fecha de servicio en cuestión.

MEDICAIDELEGIBILIDAD:

Si usted es un menor de 18 años, mayores de 65 años, ciego, discapacitado o está embarazada, usted debe mostrar prueba de que fueron seleccionados para los programas de Medicaid.

COPIA DE TODAS LAS PAGINAS DE SUS IMPUESTOS Y TERMINADOS W2 DEL AÑO ANTERIOR.

COPIAS DE CUALQUIER TARJETA DE SEGURO PARA CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA

PROGRAMA DE CUIDO DE ASISTENCIA DE NUEVA JERSEY
APLICACIÓN PARA PARTICIPACION

Prueba de identificación, ingresos, y bienes tienen que acompañar esta aplicación. Mande copias de los documentos; no mande originales porque no serán devueltos.

SECCION I – INFORMACION PERSONAL

1. Nombre de Paciente		2. Numero de Seguro Social	
_____		_____ - _____ - _____	
Apellido		Nombre	
3. Fecha de Aplicación		4. Fecha de Servicio Inicial	
____/____/____		____/____/____	
Mes Día Año		Mes Día Año	
6. Dirección del Paciente		7. Numero de Teléfono	
_____		(____) _____ - _____	
_____		(____) _____ - _____	
8. Ciudad, Estado, Código Postal		9. Tamaño de Familia (Esposo/Esposa, hijos menores de edad)*	
_____		_____	
10. Ciudadanía		11. Prueba de residencia de 3 meses en Nueva Jersey.	
Si () No () Aplicación Pendiente ()		Si () No ()	
12. Nombre del Garantizador (Si no es el paciente)			

Apellido		Nombre	

SECCION II – INFORMACION DE BIENES

- 13. Bienes Individuales: _____
- 14. Bienes Familiares: _____
- 15. Bienes Incluye: _____
 - A. Dinero En Efectivo: _____
 - B. Cuentas De Ahorros: _____
 - C. Cuentas De Cheques: _____
 - D. Certificados De Deposito/I.R.A. _____
 - E. Bienes Raíces (Otros Aparte De La Residencia Familiar) _____
 - F. Otros Bienes _____
(Billete Bancarios, Billetes Negociables, Accione y Bono de Corporación)
 - G. Totales _____

*Una mujer embarazada es contada como dos miembros de familia.

SECCION II – INFORMACION DE BIENES

Cuando determinando elegibilidad para asistencia, ingresos del esposo/esposa serán usados para un adulto. Ingresos de padre(s) serán usados para un menor de edad. Prueba de ingresos tienen que acompañar esta aplicación.

Ingresos serán basados en la calculación de uno de los siguientes: Doce (12) Meses, Tres (3) Meses o Un (1) Mes de ingresos antes de la fecha de servicio.

Paciente/Familia Ganancias Financieras igual a lo menor de lo siguiente:

Últimos 12 Meses

Últimos 3 Meses x 4

Último Mes x 12

16. Origen de Ingresos

		Semanal	Mensual	Anual
A. Ingresos Antes Deducciones	_____	()	()	()
B. Asistencia Publica	_____	()	()	()
C. Beneficios De Seguro Social	_____	()	()	()
D. Beneficios De Desempleo y Compensación	_____	()	()	()
E. Beneficios De Veteranos	_____	()	()	()
F. Asistencia De Divorcio/Mantenimiento De Niños	_____	()	()	()
G. Cualquier Mantenimiento Monetario	_____	()	()	()
H. Sueldo De Pensión	_____	()	()	()
I. Beneficios De Seguro/Anualidad	_____	()	()	()
J. Dividendos/Interés	_____	()	()	()
K. Ingresos De Renta	_____	()	()	()
L. Ganancia Neto De Negocio (Negocio Propio/ verificado por un origen independiente)	_____	()	()	()
M. Otro (Beneficios de Huelga, Ingresos Militar, Entrenamiento o Derechos)	_____	()	()	()
N. TOTALES	_____	()	()	()

SECCION III – CERTIFICACION DEL APLICANTE

Yo entiendo que la información que yo muestro es sujeta a verificación de las agencias apropiadas (Federal y Estado). Mal representación de estos datos me hará responsable por todos los gastos del hospital y penales civiles.

Si es solicitada por el hospital, yo aplicare para asistencia gubernativo o asistencia medica privada para pagar los gastos del hospital.

Yo certifico que la información sobre mi familia, ingresos y bienes son verdad y correcto.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de avisarle al hospital sobre cualquier cambio con respecto a mis ingresos y bienes.

17. Firma del Paciente o Garantizador

18. Fecha

Fecha: _____

A Quien Le Interese:

Esto es para indicar que yo, _____, no tengo lo siguiente. (IMPRIMA POR FAVOR SU NOMBRE)

Por favor, marque lo que no tenga:

- 20____ 1040 Income Tax (Federal), no llene.
- No trabajo, colecto desempleo, deshabilite o recibo asistencia financiera.
- Cuentas de cheques
- Cuentas de ahorros
- CD'S/STOCKS/ I.R.A. PLANS/ 401K
- Seguro Médico/Seguro P.I.P. de Auto Móvil

Firma

Comentarios Adicionales: _____

A Quien Le Interese:

Yo, el Firmante, _____

(relación al paciente) _____

testigo que sostengo cuarto y comida para _____
(Nombre de paciente)

en mi residencia, _____
(Dirección)

desde _____ hasta _____

Yo no soy responsable y no soy capaz de pagar para cualquier gasto medico o cuenta del hospital para el/ella.

Firma

Fecha

Teléfono: () _____

Yo entiendo que la información que yo muestro es sujeta a verificación de las agencias apropiadas (Federal Y Estado). Mal representación de estos datos me hara responsable por todos los gastos del hospital y penales civiles.

Si es solicitada por el hospital, yo aplicare para asistencia gubernativo o asistencia medica privada para pagar los gastos del hospital.

Yo certifico que la información sobre mi familia, ingresos y bienes son verdad y correcto.

Certifico por este medio que la información proporcionada para los propósitos de crear una solicitud de ayuda financiera/beneficiencia es correcta segun mi leal saber y entender.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de avisarle al hospital sobre cualquier cambio con respecto a mis ingresos y bienes.

FIRMA DEL APLICANTE

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

FECHA

Nombre de Proveedor: Robert Wood Johnson University Hospital