

Programa de assistência do Hospital de New Jersey
REQUERIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

COMPROVANTES DE IDENTIFICAÇÃO, DE RENDA E DE BENS DEVEM ACOMPANHAR ESTE REQUERIMENTO.
ENVIE CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department
NÃO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINAIS, UMA VEZ QUE NÃO SERÃO DEVOLVIDOS

SEÇÃO I—INFORMAÇÕES PESSOAIS										
1. NOME DO PACIENTE					2. NÚMERO DO SOCIAL SECURITY					
(Sobrenome)		(Nome)		(Inicial do meio)						
3. DATA DA SOLICITAÇÃO			4. DATA INICIAL DE SERVIÇO			5. DATA SOLICITADA DE SERVIÇO				
Mês	Dia	Ano	Mês	Dia	Ano	Mês	Dia	Ano		
6. ENDEREÇO DO PACIENTE					7. TELEFONE					
8. CIDADE, ESTADO E CEP				9. TAMANHO DA FAMÍLIA*						
				#	Nome			Data de nasc.		
10. CIDADANIA AMERICANA					11. COMPROVANTE DE 3 MESES DE RESIDÊNCIA NO ESTADO DE N.J.					
	SIM		NÃO		REQUERIMENTO PENDENTE		SIM		NÃO	
12. NOME DO RESPONSÁVEL (se diferente do paciente)/Outro										
SEÇÃO II—CRITÉRIOS DE BENS										
13. Bens individuais:										
14. Bens da família:										
15. Bens incluídos:										
A. Dinheiro										
B. Contas de poupança										
C. Contas correntes										
D. Certificados de depósito/I.R.A.s										
E. Patrimônio líquido em imóveis (exceto a residência principal)										
F. Outros bens (letras do tesouro, títulos negociáveis, ações e títulos corporativos)										
G. Total										
TOTAL										
*O tamanho da família inclui a própria pessoa, cônjuge e filhos menores. Uma mulher grávida conta como dois membros da família.										
Ao determinar elegibilidade para assistência hospitalar, os bens e a renda de um cônjuge <u>DEVEM</u> ser usados para um adulto; os bens e a renda dos pais <u>DEVEM</u> ser usados para um filho menor.										

SEÇÃO III—CRITÉRIOS DE RENDA

- Ao determinar elegibilidade para assistência hospitalar, os bens e a renda de um cônjuge DEVEM ser usados para um adulto; os bens e a renda dos pais DEVEM ser usados para um filho menor.
- **COMPROVANTES DE RENDA DEVEM ACOMPANHAR ESTA SOLICITAÇÃO.**
- A renda é baseada no cálculo de doze meses, três meses ou um mês de renda anterior à data do serviço.
- A renda bruta do paciente/familiar é igual ao menor valor do seguinte:

ÚLTIMOS 12 MESES	OU	ÚLTIMOS 3 MESES (x 4)	OU	ÚLTIMO MÊS (x 12)

16. FONTES DE RENDA	Semanal	Mensal	Anual
A. Salário/Remunerações antes das deduções			
B. Assistência pública			
C. Benefícios de previdência social			
D. Seguro desemprego e indenização trabalhista			
E. Benefícios de veteranos			
F. Pensão alimentícia/para manutenção de filhos			
G. Outro apoio financeiro			
H. Pagamentos de pensão			
I. Pagamentos de seguro ou anuidade			
J. Dividendos/Juros			
K. Renda de aluguel			
L. Rendimento empresarial líquido (autônomo/ verificado por fonte independente)			
M. Outro (benefícios de greves, bolsas para treinamento, proventos para família de militares, renda de espólios e trustes)			
N. TOTAL			

SEÇÃO IV—CERTIFICAÇÃO PELO REQUERENTE

Estou ciente de que as informações por mim apresentadas estão sujeitas à verificação pela instalação de cuidados de saúde adequada e pelo Governo Estadual e/ou Federal. Declarações falsas intencionais destes fatos me tornarão responsável por todos os custos hospitalares e sujeito a penalidades civis e criminais.

Se solicitado pela instalação de cuidados de saúde, requisitarei seguro médico particular ou público para o pagamento da conta hospitalar.

Certifico que as informações acima referentes ao tamanho da minha família, renda e bens são verdadeiras e corretas.

Estou ciente de que é minha responsabilidade comunicar ao hospital qualquer modificação no status referente à minha renda ou bens.

17. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	18. DATA