

# Programa de Asistencia para la Atención Hospitalaria de New Jersey

## SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

DEBE ACOMPAÑAR A ESTA SOLICITUD COMPROBANTES DE IDENTIFICACIÓN, COMPROBANTES DE INGRESO Y COMPROBANTES DE BIENES.

ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department  
NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES, YA NO SE DEVOLVERÁN

SECCIÓN I: INFORMACIÓN PERSONAL										
<b>1. NOMBRE DEL PACIENTE</b>					<b>2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>					
(Apellido nombre)		(Nombre)		(2.do)						
<b>3. FECHA DE SOLICITUD</b>			<b>4. FECHA INICIAL DEL SERVICIO</b>			<b>5. FECHA DE SERVICIO SOLICITADA</b>				
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año		
<b>6. DIRECCIÓN DEL PACIENTE</b>						<b>7. NÚMERO DE TELÉFONO</b>				
<b>8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL</b>				<b>9. TAMAÑO DE LA FAMILIA*</b>						
				N.º	Nombre:			Fecha nac.		
<b>10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE</b>					<b>11. PRUEBA DE 3 MESES DE RESIDENCIA EN EL ESTADO DE NJ</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SÍ		NO		SOLICITUD PENDIENTE			SÍ		NO	
<b>12. NOMBRE DEL GARANTE (si no es paciente)/Otros</b>										
Sección II: CRITERIOS SOBRE BIENES										
<b>13. Bienes individuales:</b>										
<b>14. Bienes familiares:</b>										
<b>15. Bienes incluidos:</b>										
<b>A. Efectivo</b>										
<b>B. Cuentas de ahorro</b>										
<b>C. Cuentas corrientes</b>										
<b>D. Certificados de depósito/I.R.A.</b>										
<b>E. Equidad en bienes raíces (distinta de la residencia principal)</b>										
<b>F. Otros bienes (Letras del Tesoro, documentos negociables, acciones y bonos corporativos)</b>										
<b>G. Total</b>										
<b>TOTAL</b>										

\*El tamaño de la familia incluye al solicitante, el cónyuge y cualquier niño menor de edad. Una mujer embarazada se cuenta como dos miembros de la familia.

Al determinar la elegibilidad para la asistencia para la atención hospitalaria, los ingresos y bienes de un cónyuge deben utilizarse para un adulto; los ingresos y los activos de los padres deben utilizarse para un niño menor de edad.

### SECCIÓN III: CRITERIOS DE INGRESOS

- Al determinar la elegibilidad para la asistencia para la atención hospitalaria, los ingresos y bienes de un cónyuge DEBEN utilizarse para un adulto; los ingresos y los activos de los padres DEBEN utilizarse para un niño menor de edad.
- EL COMPROBANTE DE INGRESOS DEBE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD.**
- Los ingresos se basan en el cálculo de doce meses, tres meses o un mes de ingresos antes de la fecha del servicio.
- El ingreso bruto del paciente/familia es igual al menor de los siguientes:

ÚLTIMOS 12 MESES		ÚLTIMOS 3 MESES (x 4)		ÚLTIMO 1 MES (x 12)
	O		O	

16. FUENTES DE INGRESOS	Semanal	Mensual	Anual
A. Salario/sueldo antes de deducciones			
B. Asistencia pública			
C. Beneficios del Seguro Social			
D. Indemnización por desempleo y por accidentes laborales			
E. Beneficios para Veteranos			
F. Pensión alimenticia/para menores			
G. Otro apoyo monetario			
H. Pagos de pensiones			
I. Pagos de seguros o anualidades			
J. Dividendos/intereses			
K. Ingresos por alquiler			
L. Ingreso neto de la empresa (autónomo/verificado por fuente independiente)			
M. Otros (beneficios de huelga, estipendios de capacitación, asignación familiar militar, ingresos de patrimonios y fideicomisos)			
N. TOTAL			

### SECCIÓN IV: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte de la institución de salud apropiada y los gobiernos federales o estatales. La declaración falsa intencionada de estos hechos me hará responsable de todos los cargos hospitalarios y seré objeto de sanciones penales y civiles.

Si así lo pide el centro de atención médica, solicitaré un seguro médico gubernamental o privado para el pago de la factura del hospital.

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

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital de cualquier cambio en el estado de mis ingresos o bienes.

17. FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE	18. FECHA