

SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA

Nombre del paciente (Apellido, primer nombre, Inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Nombre y dirección del empleador			Teléfono del trabajo ()	
CUALQUIER OTRO INGRESO MENCIONADO ABAJO		INGRESOS BRUTOS TOTALES DE LA FAMILIA		
Bienestar \$	Desempleo/discapacidad \$	El mes pasado/ 4 semanas x 13 \$	Últimos 3 meses \$	Últimos 12 meses \$
Seguro Social \$	Compensación de los trabajadores \$	Ingresos anuales totales \$	Tamaño de la familia Lista de nombres de familiares inmediatos y fechas de nacimiento	
Pensión \$	Pensión alimenticia/manutención de menores \$			
Ingresos por alquiler \$	Mencione cualquier otro ingreso \$			

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS ACTIVOS

Cuenta de ahorros \$	Cuenta de cheques \$	Anualidades/becas/subvenciones \$	Tarjetas de débito con depósito directo prepago \$
Cuenta IRA o cuentas de jubilación \$	Acciones/bonos/CD \$	Otros activos \$	Activos totales \$
Categoricamente no elegible para Medicaid		___ Con ingresos altos ___ y sin discapacidad	___ Extranjero no elegible ___ No cumple los requisitos de Medicaid

Valor de bienes raíces en EE. UU. o en otro país (si no es la casa unifamiliar en la que reside) \$ _____

Nombre de la compañía del seguro médico	N.º de póliza	N.º de grupo
Dirección del seguro	Ciudad	Estado
		Código postal

Cantidad de la factura que el seguro paga _____ Cantidad que el seguro NO paga _____ Fecha del servicio _____

Certifico que la información de arriba es verdadera y precisa hasta donde yo sé. Además, envíe una solicitud para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para mi pago por los cargos del hospital, y tomaré cualquier acción que sea razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y cederé o pagaré a **Hackensack Meridian Health** la cantidad que recupere por los cargos del hospital. Entiendo que es mi obligación dar al hospital prueba de determinación para Medicaid. Entiendo que esta solicitud se hace para que el hospital pueda juzgar mi elegibilidad para servicios no compensados según el Programa de atención no compensada (Uncompensated Care Program) del Departamento de Salud del Estado (State Department of Health). Basado en los criterios establecidos en los archivos del hospital, si alguna información que doy resulta ser falsa, entiendo que el hospital puede reevaluar mi situación económica y tomar las medidas que sean apropiadas.

X _____ **Fecha** _____
Firma del solicitante

NO ESCRIBA DESPUÉS DE ESTA LÍNEA (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

Fecha de recepción de la solicitud _____ Ingresos verificados _____ Solicitud aprobada _____ Verificación de ingresos pendiente _____
Sí No Medicaid pendiente Activos pendientes

Solicitud denegada: _____ MOTIVO: _____

Porcentaje de elegibilidad _____ Firma de la persona que toma la determinación _____ Fecha: _____

NOTA: SI DENIEGAN LA SOLICITUD, PUEDE VOLVER A SOLICITAR LOS SERVICIOS

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta _____

CERTIFICACIONES

A. Certifico que no tengo cobertura médica disponible para cubrir el costo de este servicio.

B. Encierre en un círculo su estado civil: soltero, casado, divorciado, viudo Tengo (número) _____ hijos menores

__ C. Certifico que estoy casado y separado y no tengo ningún tipo de vínculo económico con mi cónyuge desde

_____ Firma: _____

__ D. Certifico que no recibo manutención de menores/pensión alimenticia de mi excónyuge.

Firma: _____

__ E. Certifico que no tengo ingresos desde: ____ / ____ / ____

__ F. En el momento del servicio yo trabajaba en: _____

Fecha de contratación: _/ _/ _ Mis ingresos brutos eran \$ _____ Semanal/bisemanal/mensual/anual

Recibía otros ingresos de _____ \$ _____ Semanal/bisemanal/mensual/anual

__ G. Certifico que presenté/no presenté declaración de impuestos sobre ingresos en el año _____. Si no presenté una declaración, indique el motivo por el que no la presenté:

__ H. Certifico que no tengo ningún tipo de bienes.

Firma: _____ Relación con el paciente: _____

I. Certifico que vivo en (Dirección) _____

Vivo solo o con _____

J. Certifico que soy residente del estado de Nueva Jersey desde _____. No tengo residencia en ningún otro estado o condado y tengo toda la intención de continuar residiendo en Nueva Jersey.

K. Certifico que estoy sin hogar y lo he estado desde *I I*

Me quedo/no me quedo ocasionalmente en un refugio local.

Nombre/dirección del refugio: _____

Tengo/no tengo una identificación.

Firma: _____

_ L. Estoy haciendo esta declaración jurada para solicitar ayuda benéfica.

Entiendo que Hackensack Meridian Health y el gobierno federal y estatal pueden verificar la información que presento. La tergiversación deliberada de estos hechos invalidará esta solicitud de ayuda benéfica y me hará responsable de todos los cargos y penalizaciones civiles según la N.I.S.A. 26:2H-18.63.

Si Hackensack Meridian Health así lo solicita, enviaré una solicitud para ayuda del gobierno u otra asistencia médica para el pago de la factura del hospital si califico para recibir ayuda.

Yo certifico que la información con respecto a mis ingresos, tamaño de mi familia y activos es verdadera y precisa hasta donde yo sé.

Firma: _____
Paciente / Cónyuge / Padre/madre / Tutor

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____