

## Proceso de solicitud de asistencia financiera/atención de caridad

Puede solicitar la asistencia financiera en el plazo de un año luego del alta hospitalaria o de haber recibido los cuidados ambulatorios.

La atención de caridad está disponible para los residentes de Nueva Jersey que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente o no son elegibles para los programas estatales y federales.

Para poder optar por la atención de caridad, debe cumplir los criterios de elegibilidad de ingresos y bienes.

La atención de caridad solo cubre la atención hospitalaria. El programa no se aplica a los médicos u otros proveedores que facturen sus servicios de forma independiente.

- Complete y firme la solicitud. (Si recibió atención en varios hospitales de Hackensack Meridian Health, tendrá que firmar una solicitud para cada hospital en el que recibió servicios).
- Adjunte copias de todos los documentos requeridos.
- Toda la documentación se basa en la fecha inicial del servicio.
- Si tiene 21 años o menos y es estudiante universitario a tiempo completo, su padre, madre o tutor debe completar la solicitud y proporcionar la documentación de respaldo necesaria. Presente una prueba de su condición de estudiante y las cartas de adjudicación financiera para el semestre actual y los anteriores.

**Si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud o la documentación necesaria para solicitarla, llame a un asesor financiero del hospital donde recibió los servicios.**

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

**Para los siguientes hospitales, llame al **732-902-7080****

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733,
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, a/c RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

**Para ayudarnos a tramitar su solicitud de atención de caridad, le solicitamos que nos facilite solo las copias de los documentos detallados a continuación que se apliquen a su situación. Si no proporciona la documentación adecuada que se detalla a continuación o si su solicitud está incompleta, no podremos tramitar su solicitud. Todos los documentos requeridos se basan en la Fecha del servicio. La Fecha del servicio se refiere al primer día en el que estuvo en el hospital.**

Identificación personal del paciente, su cónyuge, sus hijos menores de 18 años y los que sean estudiantes universitarios a tiempo completo menores de 21 años

- Elija uno para cada miembro de su familia: licencia de conducir, certificado de nacimiento, tarjeta del Seguro Social, pasaporte

Tarjetas de seguro

- Copia del frente y el dorso de la tarjeta del seguro

Resúmenes bancarios/de bienes que incluyan el saldo en la fecha del servicio

- Resúmenes de cuentas corrientes, de ahorros y tarjetas de débito
- Los depósitos superiores a sus ingresos declarados pueden necesitar una explicación
- Documentación actual de cualquier certificado de depósitos, cuenta IRA, 401K, acciones o bonos

Prueba de ingresos del mes anterior a la fecha del servicio

- Prueba de ingresos, incluidos los recibos de sueldo o una declaración escrita y firmada de los ingresos brutos por parte de su empleador en papel con membrete
- Si es trabajador por cuenta propia, se requiere una declaración de pérdidas y ganancias firmada por un contador junto con una copia de la declaración de impuestos del año anterior. Si su empresa es una sociedad o una corporación, proporcione una carta de un contador con su remuneración semanal
- Prueba de los ingresos no ganados, incluidos entre otros la pensión de jubilación, la manutención de los hijos, la Pensión alimentaria, los beneficios de la Administración de Veteranos, la carta de adjudicación del Seguro Social las cartas de concesión de ingresos del Seguro Social para todos los miembros de la familia, el registro de discapacidad estatal o de desempleo u otras contribuciones financieras

Prueba de residencia anterior a la fecha del servicio

- Debe mostrar la dirección, NO una casilla postal
- Elija una de las siguientes opciones: licencia de conducir, copia del arrendamiento, factura de servicios públicos, correo fechado con su nombre y dirección emitido antes de la fecha del servicio

Declaración del paciente: (firme y feche todo lo que corresponda)

- Declaración del cónyuge si está casado (firme y feche todo lo que corresponda).

Si no tiene ingresos, haga que la persona con quien reside (que no sea su cónyuge) y que lo ayude a mantenerse económicamente firme la Carta de apoyo adjunta.

**Envíe su solicitud y los documentos a la dirección indicada anteriormente en la que está solicitando la atención de caridad. (Recordatorio: la atención de caridad es específica de un hospital, por lo que si los servicios se prestaron en distintos establecimientos, se debe presentar una solicitud para cada lugar).**



**Programa de asistencia para la atención hospitalaria de Nueva Jersey  
Solicitud de atención de caridad**

Marque **TODOS** los hospitales donde recibió servicios:

( ) HUMC ( ) PMC ( ) JFK ( ) JSUMC ( ) OMC ( ) RMC ( ) BCH

( ) SOMC ( ) RBMC ( ) OBMC

**SECCIÓN I – INFORMACIÓN PERSONAL**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRES)		FECHA DE NACIMIENTO		
FECHA DE LA SOLICITUD	FECHA DEL SERVICIO	¿ESTÁ EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		NÚMERO DE TELÉFONO/CELULAR ( )		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		*CANT. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	ESTADO CIVIL	
¿ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO RESIDENTE LEGAL DESDE: _____		¿ES RESIDENTE DE NUEVA JERSEY? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
NOMBRE DEL GARANTE (si no es el paciente)		COBERTURA DEL SEGURO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO COMPAÑÍA DE SEGURO _____ N.º DE POLÍTICA:		
OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	¿ESTÁ EMBARAZADA? SÍ/NO	¿COBERTURA DEL SEGURO? SÍ/NO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**SECCIÓN II - CRITERIOS DE BIENES**

**LOS ACTIVOS INCLUYEN:**

- A. Cuentas de ahorro \_\_\_\_\_
- B. Cuentas corrientes \_\_\_\_\_
- C. Certificados de depósito/cuenta IRA \_\_\_\_\_
- D. Patrimonio en bienes inmuebles (además de la residencia principal) \_\_\_\_\_
- E. Otros activos, 401K, acciones y bonos \_\_\_\_\_
- F. TOTAL \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III - CRITERIOS DE INGRESOS**

Cuando se debe determinar la elegibilidad para la atención hospitalaria, se utilizarán los ingresos del paciente y, si corresponde, del cónyuge. Los ingresos de los padres se deben utilizar para un hijo menor de edad. Esta solicitud debe ir acompañada de una prueba de ingresos. Los ingresos se basan en el cálculo de doce meses, tres meses, un mes o una semana de ingresos anteriores a la fecha del servicio.

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

INGRESO TOTAL  
\$ \_\_\_\_\_

**FUENTES DE INGRESOS:**

Semanal    Mensual    Anual

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Remuneración/Salario sin descontar deducciones _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Asistencia pública _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Beneficios por discapacidad/Seguro Social _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Indemnización por desempleo y compensación laboral _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Beneficios para los veteranos _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Pensión alimentaria/Manutención de menores _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Otro apoyo monetario _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pagos de pensión _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Pagos del seguro y de anualidades _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividendos/Interés _____   | <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 del negocio _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Otros (beneficios por huelga, estipendios de formación, asignación familiar militar, herencias o fideicomisos) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otras fuentes de ingresos: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IV – CERTIFICADO POR EL SOLICITANTE**

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del centro de atención de la salud correspondiente y de los gobiernos federales o estatales. La tergiversación intencionada de estos hechos me hará Representante de todos los cargos del hospital, sujetos a sanciones civiles.

Si el centro de atención de la salud lo demanda, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de la factura del hospital.

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

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

**FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR** \_\_\_\_\_

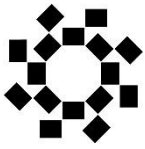
**FECHA** \_\_\_\_\_

**EXCLUSIVO PARA USO OFICIAL:** Responsabilidad Sin cobertura del seguro \_\_\_\_\_ %

Después de la cobertura del seguro \_\_\_\_\_ %

FECHA DE APROBACIÓN: \_\_\_\_\_ Efectivo al: \_\_\_\_\_ Finaliza el: \_\_\_\_\_

Firma del evaluador: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN DEL PACIENTE

### FIRME A CONTINUACIÓN LO QUE CORRESPONDA A SU SITUACIÓN:

1. Doy fe de que a partir del \_\_\_\_\_ NO recibí ningún ingreso.  
FECHA

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

2. Doy fe de que NO TENGO BIENES (cuentas bancarias, certificados de depósitos, etc.) personales ni a través de un tercero.

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

3. Doy fe de que soy una PERSONA SIN VIVIENDA y que he estado SIN VIVIENDA desde el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

4. Doy fe de que NO CUENTO CON NINGÚN SEGURO MÉDICO, personal ni a través de un tercero, que cubra el monto pendiente de mis facturas.

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

### LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DEBE SER FIRMADA POR EL PACIENTE/REPRESENTANTE

5. **DOY FE DE QUE SOY/ERA RESIDENTE DE NUEVA JERSEY AL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS Y QUE TENGO LA INTENCIÓN DE SEGUIR SIENDO RESIDENTE DE NUEVA JERSEY.**

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

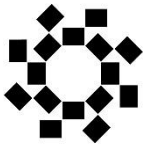
6. **AFIRMO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTA DECLARACIÓN ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.**

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
Revisor



## DECLARACIÓN DEL CÓNYUGE

### SOLO FIRME A CONTINUACIÓN LO QUE CORRESPONDA A SU SITUACIÓN:

1. Doy fe de que a partir del \_\_\_\_\_ NO recibí ningún ingreso.

FECHA

\_\_\_\_\_  
(Cónyuge/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

2. Doy fe de que NO TENGO BIENES (cuentas bancarias, certificados de depósitos, etc.) personales ni mediante un tercero.

\_\_\_\_\_  
(Cónyuge/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

3. Doy fe de que soy una PERSONA SIN VIVIENDA y que he estado SIN VIVIENDA desde el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Cónyuge/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

4. Doy fe de que NO CUENTO CON NINGÚN SEGURO MÉDICO, personal ni a través de un tercero, que cubra el monto pendiente de mis facturas.

\_\_\_\_\_  
(Cónyuge/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

### LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DEBE SER FIRMADA POR EL PACIENTE/REPRESENTANTE

5. DOY FE DE QUE SOY/ERA RESIDENTE DE NUEVA JERSEY AL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS Y QUE TENGO LA INTENCIÓN DE SEGUIR SIENDO RESIDENTE DE NUEVA JERSEY.

\_\_\_\_\_  
(Cónyuge/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA

6. AFIRMO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTA DECLARACIÓN ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

\_\_\_\_\_  
(Cónyuge/Representante)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
FECHA



## CARTA DE APOYO

PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA INICIAL DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

**LA DEBE COMPLETAR LA PERSONA QUE BRINDA APOYO AL PACIENTE. NO INCLUYE AL CÓNYUGE QUE VIVE CON USTED.**

Certifico que la información detallada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo perfectamente que brindar información falsa o no dar la información completa solicitada puede constituir un motivo de fraude y que Hackensack Meridian Health puede tomar las medidas legales pertinentes. Además, entiendo que seré personalmente responsable si la información es falsa, incompleta o engañosa de alguna forma.

**Marque a continuación lo que corresponda:**

- La persona antes mencionada vive conmigo desde el **(Fecha):** \_\_\_\_\_
- La persona antes mencionada era residente de N.J. en el momento del servicio, no tiene residencia en ningún otro estado o país y tiene la intención de permanecer en el Estado de N.J.
- La persona antes mencionada no está cubierta por ningún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid o Medicare.
- La persona antes mencionada está desempleada en este momento y lo ha estado durante al menos un mes antes de la fecha del servicio indicada anteriormente.
- La persona antes mencionada no recibe beneficios por desempleo ni ningún otro tipo de beneficios (por discapacidad, seguro de ingreso suplementario, asistencia social, etc.)
- Le proporciono comida y alojamiento a la persona antes mencionada.
- Le proporciono \$ \_\_\_\_\_ en efectivo todos los meses a la persona antes mencionada.
- La persona antes mencionada no vive conmigo, pero le proporciono apoyo en forma de:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Su relación con la persona antes mencionada

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código postal)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_