

**UNIVERSITY MEDICAL CENTER OF PRINCETON AT PLAINSBORO
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE NEW JERSEY**

LISTA DE REQUISITOS

Para ayudarnos a tramitar su solicitud para Charity Care, por favor proporcione copias de los documentos indicados en la lista de abajo que correspondan a su situación financiera en el momento del servicio. Además de la solicitud firmada, debe incluir toda la documentación siguiente de todos los hijos, conforme al tamaño de la familia (esto incluye sólo el cónyuge y los hijos e hijas). Si existe ingreso, tiene la opción de proporcionar la información correspondiente a 4 semanas, 13 semanas o 12 meses anteriores a la fecha del servicio. Asimismo, incluya sus declaraciones de impuestos federales sobre los ingresos más recientes.

Por favor, tenga presente que cualquier documentación incompleta o determinación de elegibilidad final inconclusa de otros programas retrasará el proceso de solicitud y Princeton HealthCare System (PHCS) se vería obligada a denegar su solicitud hasta que reciba la documentación apropiada.

Tarjeta de seguro: por delante y por detrás

Identificación: Necesita proporcionar la identificación de todos los miembros familiares en el hogar.

Puede proporcionar uno de los documentos siguientes de cada miembro familiar: Licencia de conducir vigente, tarjeta de extranjero residente de Estados Unidos (la tarjeta verde), pasaporte o visa, tarjeta de seguro social o acta de nacimiento.

Prueba de residencia en New Jersey antes de la fecha de su servicio: Puede proporcionar uno de los documentos siguientes – no se aceptan apartados postales (PO BOX).

Copia de licencia de manejar, factura de servicios públicos con su nombre/dirección con la fecha de servicio, contrato de arrendamiento/escritura, carta de apoyo adjunta, misma que necesita estar notariada por la persona con quien vive/también una copia de la licencia de conducir o factura de servicios públicos de esa persona, o correo con fecha con su nombre y dirección enviado antes de la fecha de servicio.

Bienes: Debe proporcionar lista de los bienes de todos los hijos e hijas en el hogar.

Copias de los estados de cuenta bancarios que muestren el saldo a la fecha de servicio. Si el estado de cuenta lo imprimió usted, debe estar estampado y firmado por un representante de la institución financiera. Esto incluye estados de cuenta de cuentas de cheques, cuentas de ahorros, cuentas de tarjeta de débito, certificados de depósito (CD), cuentas de retiro individuales (IRA), fondos de jubilación, acciones y bonos, capital en bienes inmuebles (**aparte de la residencia principal**). Si usted tiene más de una propiedad aparte de su residencia principal, dichas propiedades se considerarán como bienes. Los depósitos que haya realizado aparte de su ingreso reportado podrían requerir una explicación.

Prueba de ingresos – Solicitante empleado:

Talones de salario consecutivos o una carta de su empleador que verifique el ingreso bruto, declaraciones escritas por el empleador si el salario que ganó se le pagó en efectivo. Si el empleador no tiene papel con membrete, debe proporcionar una carta con el nombre, la dirección y el número telefónico o una tarjeta de presentación de negocio adjunta. Prueba de ingreso no ganado, incluidos, entre otros, pensión de jubilación, mantenimiento de menores, pensión alimenticia, beneficios de la Administración de Veteranos, cartas de Concesión del Seguro Social y de Concesión de Seguridad de Ingreso Suplementario de todos los miembros de su familia, registro de desempleo o Incapacidad Estatal u otras contribuciones financieras. Copia completa de su declaración de impuestos del año pasado.

Prueba de ingresos – Solicitante empleado por su cuenta:

Si trabaja por su cuenta, debe proporcionar una declaración de un contador público certificado que verifique su ingreso bruto, incluyendo una lista de gastos, así como de ingreso neto. (La misma información se requiere de personas que tuvieron pérdidas en su negocio, total del ingreso neto y una explicación de cómo está sosteniéndose/sosteniendo a su familia si no tiene ingresos.) Si no tiene contador y usted mismo o misma prepara las declaraciones de impuestos, por favor solicite una transcripción del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Documentos de declaración:

Documento de declaración – El o la paciente debe firmar y anotar la fecha en todo lo que corresponda.

Documento de declaración del o la cónyuge – El o la cónyuge debe firmar y anotar la fecha en todo lo que corresponda.

Carta de mantenimiento – debe estar firmada por la persona con quien usted vive (aparte de su cónyuge) que le está ayudando a sostenerse.

Si llegara a tener cualquier pregunta acerca de los requisitos de elegibilidad, por favor comuníquese con el Consejero Financiero de PHCS al 609-853-7852.

Por favor envíe por correo su solicitud debidamente llenada y los documentos de apoyo a:

UMCPP's Patient Access Services, Financial Counselor, One Plainsboro Road, Office #T1144, Plainsboro, New Jersey 08536;

O entregue los documentos en persona al Consejero Financiero, en Servicios de Acceso de Pacientes (Patient Access Services), ubicado cerca del vestíbulo del primer piso o llame al 609-853-7852, de lunes a viernes, de las 7:30 a.m. a las 4:00 p.m.

**Programa de Asistencia de Atención Hospitalaria de New Jersey
SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

ESTA SOLICITUD DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE UNA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN, PRUEBA DE INGRESO Y PRUEBA DE BIENES.
ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, YA QUE NO SE LE REGRESARÁN.

SECCIÓN I – Información personal

1. NOMBRE DEL O LA PACIENTE _____ (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (INICIAL)		2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____
3. FECHA DE LA SOLICITUD _____ / _____ / _____ Mes Día Año	4. FECHA INICIAL DE SERVICIO _____ / _____ / _____ Mes Día Año	5. FECHA SOLICITADA DE SERVICIO _____ / _____ / _____ Mes Día Año
6. DIRECCIÓN DEL O LA PACIENTE _____ _____ _____		7. NÚMERO TELEFÓNICO (____) _____ - _____
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____		9. TAMAÑO DE LA FAMILIA * _____
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La solicitud está en trámite	11. PRUEBA DE HABER RESIDIDO EN EL ESTADO DE NJ POR 3 MESES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. NOMBRE DEL GARANTE (Si es otra persona aparte del o la paciente) _____		

SECCIÓN II – Criterios de bienes

13. Bienes individuales: _____

14. Bienes familiares: _____

15. Los bienes incluyen:

- A. Efectivo _____
- B. Cuentas de ahorros _____
- C. Cuentas de cheques _____
- D. Certificados de depósito/I.R.A. _____
- E. Capital en bienes inmuebles (aparte de la residencia principal) _____
- F. Otros activos (bonos del tesoro, instrumentos negociables, _____
bonos y acciones corporativas)
- G. Total _____

* El tamaño de la familia incluye el solicitante, su cónyuge y todos los hijos menores de edad. Las embarazadas cuentan como dos miembros familiares.

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (Continuación)

SECCIÓN III – Criterios de ingreso

Al determinar la elegibilidad para recibir asistencia de atención hospitalaria, el ingreso y los bienes del cónyuge deben usarse si el solicitante es mayor de edad; el ingreso y los bienes de los padres deben usarse para hijos menores de edad. Esta solicitud debe estar acompañada de una prueba de ingresos.

El ingreso se basa en el cálculo ya sea de doce meses, tres meses o un mes de ingreso antes de la fecha de servicio.

El Ingreso bruto del o la Paciente/Familia equivale a la menor de las cantidades siguientes:

ÚLTIMOS 12 MESES	o	ÚLTIMOS 3 MESES X 4	o	ÚLTIMO 1 MES X 12

16. FUENTE DE INGRESO

	SEMANALES	MENSUALES	ANUALES
A. Salario/Sueldo antes de deducciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asistencia pública _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Beneficios del seguro social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Desempleo y compensación de trabajadores _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficios para veteranos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Mantenimiento de menores/Pensión alimenticia _____	<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 pensiones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagos de seguros o anualidades _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/Interés _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Ingreso por rentas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Ingreso neto de negocios (empleado por cuenta _____ propia/verificado por una fuente independiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otros (beneficios por huelga, estipendios por capacitación, _____ asignación familiar de fuerzas armadas, ingresos de patrimonios y fideicomisos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN IV - Certificación mediante la solicitud

Entiendo que la información que presento en este documento está sujeta a que la verifique el establecimiento de atención de la salud apropiado y los gobiernos federales y estatales. Representar en forma falsa intencionalmente estos datos me hará responsable de todos los cargos hospitalarios y me someterá a sanciones civiles.

Si lo solicita el establecimiento de atención de la salud, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para pagar la factura hospitalaria.

Certifico que la información aquí establecida acerca del tamaño de mi familia, ingresos y bienes es verdadera y correcta.

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

17. FIRMA DEL O LA PACIENTE O GARANTE

18. FECHA

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE NEW JERSEY

DECLARACIÓN DEL O LA PACIENTE

FIRME ABAJO SEGÚN CORRESPONDA A SU SITUACIÓN

1. Declaro que al _____, NO he recibido nada de ingreso ni he presentado ninguna
FECHA
declaración de impuestos sobre el ingreso.

Paciente/Parte responsable Relación FECHA

2. Declaro que NO TENGO BIENES [cuentas bancarias, certificados de depósito (CD), etc.] a nombre mío ni de cualquier otra persona o parte.

Paciente/Parte responsable Relación FECHA

3. Declaro que NO TENGO HOGAR y que NO HE TENIDO HOGAR desde _____
FECHA

Paciente/Parte responsable Relación FECHA

4. Declaro que NO TENGO COBERTURA MÉDICA a través mío ni de cualquier otra persona o parte para cubrir la cantidad adeudada de mis cobros.

Paciente/Parte responsable Relación FECHA

EL O LA PACIENTE/PARTE RESPONSABLE DEBE FIRMAR LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

5. Declaro que soy/era RESIDENTE DE NEW JERSEY en el momento en que se recibieron los servicios y que mis intenciones son continuar siendo residente de New Jersey.

Paciente/Parte responsable Relación FECHA

6. **DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA DECLARACIÓN ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.**

Paciente/Parte responsable Relación FECHA

Entrevistador

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE NEW JERSEY

DECLARACIÓN DEL O LA CÓNYUGE

FIRME ABAJO SEGÚN CORRESPONDA A SU SITUACIÓN

1. Declaro que al _____, NO he recibido nada de ingreso ni he presentado ninguna
FECHA
declaración de impuestos sobre el ingreso.

Cónyuge/Parte responsable

FECHA

2. Declaro que NO TENGO BIENES [cuentas bancarias, certificados de depósito (CD), etc.] a nombre mío ni de cualquier otra persona o parte.

Cónyuge/Parte responsable

FECHA

3. Declaro que NO TENGO HOGAR y que NO HE TENIDO HOGAR desde _____
FECHA

Cónyuge/Parte responsable

FECHA

4. Declaro que NO TENGO COBERTURA MÉDICA a través mío ni de cualquier otra persona o parte para cubrir la cantidad adeudada de mis cobros.

Cónyuge/Parte responsable

FECHA

LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DEBE ESTAR FIRMADA POR EL O LA CÓNYUGE/PARTE RESPONSABLE

5. Declaro que soy/era RESIDENTE DE NEW JERSEY en el momento en que se recibieron los servicios y que mis intenciones son continuar siendo residente de New Jersey.

Cónyuge/Parte responsable

FECHA

6. **DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA DECLARACIÓN ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.**

Cónyuge/Parte responsable

FECHA

Entrevistador

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE NEW JERSEY

AFIDÁVIT DE SEPARACIÓN

Nombre del o la paciente _____ Fecha _____

Nombre de la parte responsable _____ Relación _____

Número de cuenta _____ Fecha de servicio _____

Por la presente declaro y afirmo que mi cónyuge y yo hemos estado separados desde _____. Desde ese momento, hemos mantenido hogares separados, en los cuales hemos vivido. No tenemos lazos financieros de ningún tipo.

_____ Declaro que no tengo cuentas bancarias conjuntas con mi cónyuge, de quien estoy separado o separada.

_____ Declaro que no compartimos un alquiler y que tampoco tenemos propiedad conjunta.

_____ Declaro que no hemos presentado una declaración de impuestos sobre el ingreso conjunta desde _____.

_____ Adjunto una copia de mi última declaración de impuestos sobre el ingreso.

_____ No adjunto una copia de mi última declaración de impuestos sobre el ingreso porque no presenté una en los años siguientes _____.

La razón por la que no he presentado mis declaraciones de impuestos sobre el ingreso es que _____

Declaro que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE NEW JERSEY

DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO

LA PERSONA QUE LE ESTÁ PROPORCIONANDO EL MANTENIMIENTO DEBE LLENAR ESTE DOCUMENTO.
(NO INCLUYE A SU ESOSO/ESPOSA QUE VIVE CON USTED.)

Certifico que la información establecida abajo es verdadera y correcta. Entiendo completamente que dar información falsa o no dar la información completa que se solicita puede constituir las bases de un fraude y que Princeton HealthCare System puede tomar cualquier acción jurídica que resulte apropiada. También entiendo que seré responsable personalmente si la información es falsificada, está incompleta o en cualquier forma es engañosa.

Yo, la persona abajo firmante, _____ soy el o la _____
Persona que mantiene al o la paciente Relación con el o la paciente

de _____ . Reconozco al o la paciente y declaro que
Paciente

él/ella vive/vivió conmigo en la dirección siguiente _____
_____ del _____ al _____
Fecha Fecha

Durante este tiempo, yo le proporcioné **alimentos, vivienda y las necesidades básicas.**

Le estoy dando la cantidad de \$ _____ en efectivo al mes a la persona antes mencionada.

No soy responsable de ninguna manera de sus cobros médicos.

Firma _____ Fecha _____
Persona que mantiene al o la paciente

Dirección: _____

Pueden comunicarse conmigo al _____ en caso de que tengan cualquier pregunta.
Número telefónico