

Programa de Assistência para Cuidados Hospitalares
de Nova Jersey

PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO, COMPROVANTE DE RENDA E COMPROVANTE DE BENS DEVEM
ACOMPANHAR ESTE PEDIDO. ENVIAR CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NÃO ENVIAR
DOCUMENTOS ORIGINAIS PORQUE NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.

SEÇÃO I – Informações Pessoais

1. NOME DO PACIENTE (SOBRENOME) _____ (PRIMEIRO NOME) _____ (INICIAL) _____		2. NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL _____ - _____ - _____
3. DATA DE APLICAÇÃO ____/____/____ Mês Dia Ano	4. DATA INICIAL DE SERVIÇO ____/____/____ Mês Dia Ano	5. DATA SOLICITADA DE SERVIÇO ____/____/____ Mês Dia Ano
6. ENDEREÇO DE RUA DO PACIENTE _____		7. NÚMERO DE TELEFONE (____) _____ - _____
8. CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____		9. TAMANHO DA FAMÍLIA* _____
10. CIDADANIA DOS E.U.A. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitação pendendo	11. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE 3 MESES NO ESTADO DE NOVA JERSEY <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. NOME DO FIADOR (Se diferente do paciente) _____		

SEÇÃO II – Critérios de Bens

13. Bens individuais: _____

14. Bens da família: _____

15. Bens incluem:

- A. Dinheiro _____
- B. Contas de poupança _____
- C. Contas correntes _____
- D. Certificados de depósito/I.R.A. _____
- E. Bens imóveis (que não sejam a residência principal) _____
- F. Outros bens (Bilhetes do Tesouro, títulos negociáveis
ações corporativas e obrigações) _____
- G. Total _____

* Tamanho da família inclui você, cônjuge e filhos menores. Uma mulher grávida é contada como dois membros da família.

PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO (Continuação)

SEÇÃO III – Critérios de Bens

Na determinação de elegibilidade para assistência para cuidados hospitalares, a renda e bens de um cônjuge devem ser usados para um adulto; o rendimento e bens do(s) pai(s) devem ser usados para um filho menor. Um comprovante de renda deve acompanhar este pedido.

A renda é baseada no cálculo de doze meses, ou três meses, ou um ano de renda antes da data de serviço.

Arenda bruta do paciente/família é igual ao que for menor dos montantes a seguir:

ÚLTIMOS 12 MESES	ou	ÚLTIMOS 3 MESES X 4	ou	ÚLTIMO MÊS X 12

16. FONTE DE RENDA

		SEMANAL	MENSAL	ANUAL
A. Salário/Pagamentos antes de deduções	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistência pública	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Benefícios de Segurança Social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Desemprego & Compensação a Trabalhadores	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Benefícios para veteranos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensão de alimentos/manutenção de menores	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Outro apoio monetário	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamentos de pensões	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagamentos de seguro ou anuidades	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/Juros	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Rendimentos de aluguel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Renda empresarial líquida (por conta própria/ verificação por fonte independente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Outro (benefícios de greve, estipêndios _____ de treinamento, atribuição militar à família, rendimentos de propriedades e trustes)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO IV – Certificação do Pedido

Entendo que as informações que submeto estão sujeitas a verificação pela instituição de cuidados de saúde apropriada e pelos governos federal ou estadual. Declaração falsa desses dados pode me responsabilizar por todos os custos hospitalares e posso estar sujeito(a) a penalidades civis.

Se me for solicitado pela instituição de cuidados de saúde, solicitarei assistência médica privada ou do governo para pagamento da conta do hospital.

Certifico que as informações acima a respeito do tamanho de minha família, renda e bens são verdadeiras e corretas.

Entendo que é minha responsabilidade notificar o hospital de qualquer mudança na minha situação em relação à renda ou bens.

17. ASSINATURA DO PACIENTE OU FIADOR

18. DATA