

**Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de Nueva Jersey  
SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN**

SE DEBE ADJUNTAR UN COMPROBANTE DE IDENTIFICACIÓN, COMPROBANTE DE INGRESOS Y COMPROBANTE DE ACTIVOS A ESTA SOLICITUD.  
ENVÍE COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, YA QUE NO SERÁN DEVUELTOS.

**SECCIÓN I: Información Personal**

1. NOMBRE DEL PACIENTE  _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial segundo nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  ____ - ____ - ____
3. FECHA DE LA SOLICITUD  ____/____/____ Mes    Día    Año	4. FECHA DE INICIO DEL SERVICIO  ____/____/____ Mes    Día    Año	5. FECHA DEL SERVICIO SOLICITADO  ____/____/____ Mes    Día    Año
6. DIRECCIÓN DEL PACIENTE  _____		7. NÚMERO DE TELÉFONO  (____) ____ - ____
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL  _____		9. CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA*  _____
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente	11. COMPROBANTE DE 3 MESES DE RESIDENCIA EN EL ESTADO DE NJ  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. NOMBRE DEL GARANTE (si es distinto del paciente)  _____	13. ¿EL PACIENTE ES MAYOR DE 65 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Adjunta CWF	
14. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**SECCIÓN II: Criterios sobre los activos**

15. Activos individuales: \_\_\_\_\_
16. Activos familiares: \_\_\_\_\_
17. Los activos incluyen:
- A. Dinero en efectivo \_\_\_\_\_
  - B. Cajas de ahorros \_\_\_\_\_
  - C. Cuenta de cheques \_\_\_\_\_
  - D. Certificados de depósito / I.R.A. \_\_\_\_\_
  - E. Patrimonio en bienes raíces (además de la residencia principal) \_\_\_\_\_
  - F. Otros activos (bonos del Tesoro, documentos negociables, acciones y bonos corporativos) \_\_\_\_\_
  - G. Total \_\_\_\_\_

\* El número de integrantes de la familia incluye al solicitante, su cónyuge e hijos menores. Una mujer embarazada se contabiliza como dos miembros de la familia.

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (Continuación)

**SECCIÓN III: Criterios sobre los ingresos**

Al determinar la elegibilidad para la asistencia para atención hospitalaria, se deben usar los ingresos y activos del cónyuge para los adultos, y los ingresos y activos de los padres para los hijos menores. Se debe adjuntar el comprobante de ingresos a esta solicitud.

Los ingresos se basan en el cálculo de los ingresos de los últimos doce meses, tres meses o de un mes antes de la fecha de servicio.

Los ingresos brutos del paciente/de la familia son iguales a la siguiente cifra, la que sea menor:

Últimos 12 meses	o	Últimos 3 meses X4	o	Último mes X12

18. FUENTES DE INGRESOS

		Semanales	Mensuales	Anuales
A. Salario / Pago antes de los descuentos	_____	<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. Indemnización por desempleo y laboral	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficios de veteranos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensión alimenticia / Manutención al menor	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Asistencia monetaria	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagos de pensión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagos de seguros y anualidades	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos / Intereses	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Ingresos por alquiler	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Ingresos comerciales netos (por cuenta propia/ verificados por fuente independiente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otros (beneficios por huelgas, pagos por capacitación, asignación a familia militar, ingresos por sucesiones 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 del solicitante**

Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del centro médico correspondiente y el gobierno federal o estatal. La declaración falsa intencional de estos hechos me hará responsable de todos los cargos hospitalarios y estaré sujeto a sanciones civiles.

Si así lo requiere el centro médico, solicitaré asistencia médica gubernamental o privada para el pago de la factura del hospital.

Certifico que la información anterior sobre el número de integrantes de mi familia, los ingresos y los activos es verdadera y correcta.

Comprendo que soy responsable de informar al hospital sobre todo cambio en el estado de mis ingresos o activos.

19. Firma del paciente o garante

20. Fecha