

Programa de assistência para pagamento por atendimento hospitalar de Nova Jersey  
**SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

PROVA DE IDENTIFICAÇÃO, COMPROVAÇÃO DE RENDA E COMPROVAÇÃO DE PROPRIEDADE DE ATIVOS DEVEM ACOMPANHAR ESTA SOLICITAÇÃO.

ENVIE CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NÃO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINAIS, POIS ELES NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.

**SEÇÃO I — Informações pessoais**

1. NOME DO PACIENTE		NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL
_____ (Sobrenome)	_____ (Nome) _____ (MI)	_____ - _____ - _____
3. DATA DA SOLICITAÇÃO	4. DATA DE INÍCIO DO SERVIÇO	5. DATA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO
____/____/____ Mês Dia Ano	____/____/____ Mês Dia Ano	____/____/____ Mês Dia Ano
6. ENDEREÇO DO PACIENTE		7. NÚMERO DE TELEFONE
_____		(____) _____ - _____
8. CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		9. TAMANHO DA FAMÍLIA *
_____		_____
10. CIDADANIA ESTADUNIDENSE	11. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA POR 3 MESES NO ESTADO DE NJ	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aplicação pendente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12. NOME DO AVALISTA (Se não for o paciente)	13. O PACIENTE TEM MAIS DE 65 ANOS?	
_____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CWF incluído	
14. O PACIENTE TEM COBERTURA DE ALGUM SEGURO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

**SEÇÃO II — Critérios de propriedade de ativos**

15. Ativos individuais: \_\_\_\_\_

16. Ativos da família: \_\_\_\_\_

17. Ativos incluem:

A. Dinheiro \_\_\_\_\_

B. Conta poupança \_\_\_\_\_

C. Conta corrente \_\_\_\_\_

D. Comprovantes de depósito/conta de aposentadoria \_\_\_\_\_

E. Participação em imóveis (que não sejam a residência principal) \_\_\_\_\_

F. Outros ativos (títulos do tesouro, títulos de crédito, ações e títulos corporativos) \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

\* O tamanho da família inclui o indivíduo, o cônjuge e filhos menores de idade. Mulheres grávidas são contabilizadas como dois membros da família.

**SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO (Continuação)**

### SEÇÃO III — Critérios de renda

Ao determinar a qualificação para receber assistência para atendimento hospitalar, a renda e os ativos do cônjuge devem ser usados para adultos; a renda e os ativos dos pais devem ser usados para crianças menores de idade. Esta solicitação deve ser acompanhada por comprovante de renda.

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

A renda bruta do paciente/família é igual ao menor entre os seguintes:

Últimos 12 meses	ou	Últimos 3 meses X4	ou	Último mês X12

#### 18. FONTES DE RENDA

		Semanal	Mensal	Anual
A. Salário/pagamentos antes das 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 seguridade social	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Seguro desemprego e indenização por acidente de trabalho	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Benefícios para ex-combatentes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensão alimentícia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Apoio financeiro	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamentos de pensão	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagamentos de seguro ou anuidade	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos/juros	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Renda com aluguel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Renda comercial líquida (autônomo/ confirmado por fonte independente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Outro (benefícios por greve, pagamentos durante treinamentos, cota para familiares de militares, renda de ativo e fundos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total líquido	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### SEÇÃO IV — Certificação do solicitante

Eu compreendo que as informações enviadas estão sujeitas a verificação pela instituição de atendimento à saúde adequada e pelos governos federal ou estadual. Informações errôneas apresentadas propositalmente sobre esses fatos me sujeitarão a cobranças integrais do hospital e penalidades civis.

Caso seja solicitado pela instituição de atendimento à saúde, solicitarei assistência médica governamental ou privada para o pagamento da conta do hospital.

Certifico que as informações acima relacionadas ao tamanho de minha família, renda e ativos são verdadeiras e corretas.

Compreendo que é minha responsabilidade informar o hospital de quaisquer mudanças de status relacionadas à minha renda ou ativos.

19. Assinatura do paciente ou avalista

20. Data