



Encontrará adjuntos los formularios de solicitud de atención de beneficencia/ayuda financiera.

Puede solicitar ayuda financiera en el plazo de un año después de haber recibido el alta del hospital o haber recibido atención ambulatoria.

La atención de beneficencia está disponible para los residentes de Nueva Jersey que no tengan seguro, tengan un seguro insuficiente o que no reúnan los requisitos para los programas estatales y federales.

Para reunir los requisitos, debe cumplir con los criterios de elegibilidad de ingresos y activos.

La atención de beneficencia cubre la atención en hospital. El programa no se aplica a médicos u otros proveedores que facturen de forma independiente por sus servicios.

- Complete y firme la solicitud
- Adjunte las copias de todos los documentos que se solicitan.
- Toda la documentación se basa en la fecha de servicio.
- Su primera fecha de servicio o fecha de servicio inicial es _____
- Si es menor de 21 años y es estudiante universitario de tiempo completo, su padre/madre o tutor deberá completar la solicitud y brindar los documentos de respaldo necesarios. Proporcione evidencia de su condición de estudiante.
- Llame al (732) 212-6505 para programar una entrevista con un representante de asistencia financiera. Podemos ayudarlo con las solicitudes de atención de beneficencia y FamilyCare de Nueva Jersey.

() JERSEY SHORE MEDICAL CENTER
ACCESS SERVICES
1945 STATE ROUTE 33
NEPTUNE, NJ 07753
(732) 776-4910

() OCEAN MEDICAL CENTER
ACCESS SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724
(732) 836-4340

() RIVERVIEW MEDICAL CENTER
ACCESS SERVICES
1 RIVERVIEW PLAZA
RED BANK, NJ 07701
(732) 530-2342

() BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL
ACCESS SERVICES
727 NORTH BEERS STREET
HOLMDEL, NJ 07733
(732) 497-1775

() SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER
ACCESS SERVICES
1140 ROUTE 72 WEST
MANAHAWKIN, NJ 08050
(609) 978-3201

Para continuar ayudándonos con el procesamiento de su solicitud para recibir atención de beneficencia, proporcione copias de los documentos que se detallan a continuación que se aplican a su situación. No podremos procesar su solicitud si no proporciona la documentación adecuada que se detalla a continuación o si su solicitud está incompleta. Todos los documentos que se solicitan se basan en la fecha de servicio. La fecha de servicio se refiere al primer día que estuvo en el hospital.

Haga una copia del anverso y del reverso de las tarjetas de seguro

Identificación personal del paciente, cónyuge, hijos menores de 18 años y estudiantes universitarios de tiempo completo menores de 21.

- Elija una opción para cada miembro de su familia: licencia de conducir, partida de nacimiento, tarjeta del Seguro Social, pasaporte

Las declaraciones de activos que incluyen el saldo en su fecha de servicio

- Estados de cuentas corrientes, cajas de ahorro y tarjeta de débito
- Si el estado de cuenta es una copia impresa, solicite que un representante de la institución financiera la selle y la firme.
- Es posible que deba justificar los depósitos que superen sus ingresos declarados.
- Documentación actual de cualquier certificado de depósito, cuenta personal de jubilación, planes 401K, acciones o bonos.

Constancia de ingresos del mes anterior a la fecha de servicio

- Constancia de ingresos ganados, incluidos recibos de pago o una declaración por escrito firmada de ingresos brutos de su empleador en un papel membretado de la empresa.
- Si es un trabajador independiente, deberá presentar un estado de pérdidas y ganancias firmado por un contador.
- Evidencia de ingresos no salariales, incluidos, entre otros pensiones de jubilación, manutención de hijos, pensión alimenticia, beneficios para veteranos, carta de adjudicación del Seguro Social, cartas de adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario para todos los miembros de la familia, registro de desempleo o discapacidad estatal u otras contribuciones financieras.
- Copia completa de su declaración de impuestos del año anterior. Si no la presentó, llame al 1-800-829-1040 para solicitar una verificación del estado de contribuyente que no presentó la declaración.

Comprobante de domicilio antes de la fecha de servicio

- Debe indicar la dirección, NO un apartado postal (PO Box)
- Elija una de las siguientes opciones: licencia de conducir, copia de alquiler, factura de servicios, carta de recomendación, correspondencia fechada con su nombre y dirección emitida antes de la fecha de servicio

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

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

Pídale a la persona que vive con usted (que no sea su cónyuge) y que le brinda asistencia que firme la carta de recomendación que se adjunta.

Envíe por correo su solicitud y documentos a:

**Jersey Shore University Medical Center
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986**



Programa de asistencia en la atención de hospitales de Nueva Jersey
SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

() JSUMC

() OMC

() RMC

() BCH

() SOMC

SECCIÓN I: INFORMACIÓN PERSONAL

1. NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)		2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
3. FECHA DE LA SOLICITUD	4. FECHA DE SERVICIO		4A. FECHA DE NACIMIENTO	
5. DIRECCIÓN DEL PACIENTE			6. NÚMERO DE TELÉFONO/CELULAR ()	
7. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			8. N.º DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	ESTADO CIVIL
9. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLICITUD PENDIENTE		10. COMPROBANTE DE RESIDENCIA EN NUEVA JERSEY <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE EMERGENCIA		
11. NOMBRE DEL GARANTE (Si no es el paciente)		12. COBERTURA DEL SEGURO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE: _____ N.º DE PÓLIZA: _____		
13: OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	RELACIÓN	SEGURO SOCIAL	FECHAS DE NACIMIENTO	SIN COBERTURA DE BENEFICENCIA: MOTIVO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

SECCIÓN II: CRITERIOS DE ACTIVOS

14. LOS ACTIVOS INCLUYEN:

- A. Cajas de ahorro _____
- B. Cuentas corrientes _____
- C. Certificados de depósitos / Cuenta personal de jubilación _____
- D. Participación en inmuebles (que no sea la residencia principal) _____
- E. Otros activos, 401K, acciones y bonos _____
- F. TOTAL _____

* EL N.º DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA INCLUYE A USTED, SU CÓNYUGE Y CUALQUIER HIJO MENOR DE EDAD. UNA EMBARAZADA SE CUENTA COMO DOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

SECCIÓN III: CRITERIOS DE INGRESOS

Para determinar la elegibilidad para asistencia de atención hospitalaria, se deben usar los ingresos y créditos del cónyuge para un adulto; se deben usar los ingresos y créditos del padre o la madre o ambos para un hijo menor de edad. Esta solicitud debe incluir la constancia de ingresos. Los ingresos se determinan según el cálculo de doce meses, tres meses, un mes o bien una semana de ingresos antes de la fecha de servicio.

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

INGRESO TOTAL
\$ _____

FUENTES DE INGRESOS:	Semanales	Mensuales	Anuales
A. Salario / Sueldo antes de las deducciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asistencia pública _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Seguro social/Beneficios por discapacidad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Compensación legal por accidentes de trabajo y desempleo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficios para veteranos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pensión alimenticia / Manutención de hijos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Otra ayuda económica _____	<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 o pensiones vitalicias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos / Intereses _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Ingreso por percepción de rentas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Ingresos comerciales netos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otros (indemnización por huelga, honorarios por capacitación, asignación familiar militar, bienes testamentarios o fideicomiso) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras fuentes de ingresos: _____			

SECCIÓN IV: CERTIFICADO POR EL SOLICITANTE

Entiendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte del centro de atención médica correspondiente, y los gobiernos federales o estatales. Si realizo declaraciones falsas intencionales de estos seré responsable de pagar todos los cargos del hospital y estaré sujeto a sanciones civiles.

Si el centro de atención médica lo solicita, solicitaré asistencia médica privada o del gobierno para pagar la factura del hospital.

Certifico que la información anterior con respecto a mi estatus familiar, ingresos y activos es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al hospital sobre cualquier cambio en mi estatus con respecto a mis ingresos o activos.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR _____

FECHA _____

SOLO PARA USO EN OFICINA: Responsabilidad Sin cobertura de seguro _____ %

Después de la cobertura del seguro _____ %

FECHA DE APROBACIÓN: _____ Entra en vigencia: _____ Finaliza: _____

Firma del evaluador: _____



CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FIRME A CONTINUACIÓN EN LA OPCIÓN QUE SE APLIQUE A SU SITUACIÓN

1. Certifico que al _____ NO he recibido ningún ingreso.

FECHA

(Paciente / parte responsable)

Relación

FECHA

2. Certifico que NO TENGO ACTIVOS (cuentas bancarias, certificados de depósito, etc.) por mi cuenta o a través de otra parte.

(Paciente / parte responsable)

Relación

FECHA

3. Certifico que NO TENGO HOGAR y que soy INDIGENTE desde: _____

(Paciente / parte responsable)

Relación

FECHA

4. Certifico que NO TENGO COBERTURA MÉDICA por mi cuenta o a través de otra persona para cubrir el monto pendiente de pago de mis cuentas.

(Paciente / parte responsable)

Relación

FECHA

LA CERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA DEBE ESTAR FIRMADA POR EL PACIENTE/PARTE RESPONSABLE

5. Certifico que soy/era RESIDENTE DE NUEVA JERSEY en el momento en que se brindaron los servicios y que tengo la intención de continuar siendo residente de Nueva Jersey.

(Paciente / parte responsable)

Relación

FECHA

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

(Paciente / parte responsable)

Relación

FECHA

Entrevistador



CERTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE

FIRME A CONTINUACIÓN EN LA OPCIÓN QUE SE APLIQUE A SU SITUACIÓN

1. Certifico que al _____ NO he recibido ningún ingreso.

FECHA

(Cónyuge/ parte responsable)

Relación

FECHA

2. Certifico que NO TENGO ACTIVOS (cuentas bancarias, certificados de depósito, etc.) por mi cuenta o a través de otra parte.

(Cónyuge / parte responsable)

Relación

FECHA

3. Certifico que NO TENGO HOGAR y que soy INDIGENTE desde: _____

(Cónyuge / parte responsable)

Relación

FECHA

4. Certifico que NO TENGO COBERTURA MÉDICA por mi cuenta o a través de otra parte para cubrir el monto pendiente de pago de mis cuentas.

(Cónyuge / parte responsable)

Relación

FECHA

LA CERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA DEBE ESTAR FIRMADA POR EL PACIENTE/PARTE RESPONSABLE

5. Certifico que soy/era RESIDENTE DE NUEVA JERSEY en el momento en que se brindaron los servicios y que tengo la intención de continuar siendo residente de Nueva Jersey.

(Cónyuge / parte responsable)

Relación

FECHA

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

(Cónyuge / parte responsable)

Relación

FECHA



DECLARACIÓN JURADA DE AYUDA / ASISTENCIA

PACIENTE:

FECHA:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE SERVICIO INICIAL:

DEBE SER COMPLETADO POR LA PERSONA QUE LE BRINDA AYUDA. (NO INCLUYE ESPOSO/ESPOSA, QUE VIVE CON USTED).

Certifico que la información que figura a continuación es verdadera y correcta. Entiendo totalmente que proporcionar información falsa o no proporcionar toda la información que se solicita puede constituir causal de fraude y Meridian Health podría iniciar las acciones legales correspondientes. También entiendo que seré personalmente responsable si se falsifica la información, está incompleta o de alguna forma es engañosa.

Marque a continuación todas las opciones que correspondan.

- La persona que se menciona arriba vive conmigo desde (fecha): _____
- La persona que se menciona arriba era residente de Nueva Jersey al momento del servicio, no tiene residencia en ningún otro estado o país y tiene la intención de permanecer en el estado.
- La persona que se menciona arriba no tiene la cobertura de ningún tipo de seguro médico, incluidos Medicaid o Medicare.
- La persona que se menciona arriba está desempleada en este momento y lo ha estado durante al menos un mes antes de la fecha de servicio que se indica arriba.
- La persona que se menciona arriba no recibe beneficios por desempleo ni ningún otro tipo de beneficio, como: Discapacidad, seguridad de ingreso suplementario, asistencia social, etc.
- Brindo alimento y vivienda a la persona que se menciona arriba.
- Proporciono dinero en efectivo por la suma de \$ _____ por mes, a la persona que se menciona arriba.
- La persona que se menciona arriba no vive conmigo pero le brindo ayuda de la siguiente forma:

_____.

Firma

Su relación con la persona que se menciona arriba

Dirección: _____

Número de teléfono: _____