



St Lukes Warren Campus
185 Roseberry Street
Phillipsburg, NJ 08865
(908) 847-6828
(908) 859-6844

LISTA DE ACATAMIENTO PARA LA APLICACIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA PARA LOS HOSPITALES DE NEW JERSEY

IDENTIFICACIÓN

- **PACIENTE Y CÓNYUGE LEGAL**
 - a) **Uno de los siguientes:** licencia de conducir, vehículo, tarjeta de seguro social, tarjeta de residente extranjero, registro de votante, Medicare, identificación del empleado; Certificado de nacimiento, pasaporte. Además, certificado de matrimonio (**si su esposa no usa su apellido**)
 - b) **MENORES DE EDAD EN EL NÚCLEO FAMILIAR (Hasta 22 años si es estudiante a tiempo completo)**
 - b) **Uno de los siguientes por cada menor de edad:** Identificación de estudiante, vehículo, tarjeta de seguro social, tarjeta de residente extranjero; Certificado de nacimiento o pasaporte.
- **BENEFACTOR**
 - c) Cualquiera de los formularios listados anteriormente en **A**

RESIDENCIA

- **PACIENTE Y CÓNYUGE LEGAL**
 - a) Licencia de conducir válida de Nueva Jersey del paciente (**con su dirección actual**), contrato de renta de apartamento, recibo de teléfono (**con su dirección**), Recibo de cable o servicios públicos (PSE&G) **del mes actual o el anterior** de cuando se desempeñó el servicio o PSE&G impreso (____/____/____ o ____/____/____), Título de propiedad
 - b) Carta o firma del rentero o persona con quien se esté quedando (**debe incluir: la fecha, el tiempo que ha vivido ahí y su dirección, firmada por él o ella con su número de teléfono**)
- **BENEFACTOR**
 - c) Carta o firma de la persona que le está ayudando (**debe incluir cualquier información listada en la parte A**)

INGRESOS

- **PACIENTE Y CÓNYUGE LEGAL**
 - Copias de los últimos cuatro (4) recibos de salario desde ____/____/____ hasta ____/____/____ o dos (2) recibos de salario de ____/____/____ y ____/____/____ si recibe su salario quincenalmente
 - Carta con membrete de la compañía indicando cuánto tiempo ha estado trabajando ahí y cuáles son sus ingresos semanales brutos. (**Debe estar firmada, con título y fechada por lo menos cuatro (4) días antes de venir a aplicar**)
(Ver muestra anexa)
 - Copias de los últimos dos (2) recibos de desempleo o discapacidad de ____/____/____ a ____/____/____ o un reporte impreso para ____/____
 - Carta de concesión de seguro social o recibo de pensión desde ____/____/____ hasta ____/____/____
 - Si es trabajador independiente, una declaración de ganancias y pérdidas de un contador de los últimos tres (3) meses desde ____/____/____ hasta ____/____/____ (Ver muestra anexa)
 - Carta notariada de un contador público (Ver muestra anexa)
 - Declaración de impuestos para _____ (si la fecha de servicio cae entre **01/12 o 31/1**), que debe estar firmada por la persona que prepara los impuestos, usted o su cónyuge legal
 - Otras fuentes de ingresos como: Carta o documento impreso de manutención infantil, paquete de bienestar social G/H anualidades, pensión alimenticia, etc ...

ACTIVOS

- **PACIENTE Y CÓNYUGE LEGAL**
 - Copia de la cuenta de ahorros o corriente o libreta de ahorros para los meses de ____/____ y ____/____
 - Carta bancaria con membrete indicando el saldo de su cuenta para la fecha de servicio de ____/____/____
 - Reporte impreso con sello de los últimos quince (15) días
(Esta carta o reporte debe tener fecha de por lo menos tres (3) días antes de venir a aplicar)
 - Copias de las declaraciones de los planes 401 K, dividendos, acciones, I. R. A., certificados de depósitos, etc, etc... para ____/____

ADQUIERA LOS DOCUMENTOS LISTADOS ANTERIORMENTE Y APLIQUE PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CUIDADOS HOSPITALARIOS DE NUEVA JERSEY
EN NUESTRO DEPARTAMENTO UBICADO EN:
(MATTHEW GEORGE & NAOMI PANTOJA)

185 ROSEBERRY STREET
PHILLIPSBURG, NJ 08865

De lunes a viernes 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Nº de teléfono (908) 847-6828

Fax # (908) 847-6039 (inglés o español)

PS: POR FAVOR TRAIGA LOS DOCUMENTOS QUE SE LE ENTREGARON Y REPÓRTESE AL SALÓN PRINCIPAL PARA SEGUIR LAS INSTRUCCIONES. GRACIAS.



St. Luke's Warren Campus
185 Roseberry St.
Phillipsburg, N.J. 08865
(908) 847-6828

DECLARACIÓN JURADA DE LOS HECHOS

Cta. # _____ MR # _____

Paciente: _____ Fecha del servicio: ___ / ___ / ___

Garante: _____ Relación con el paciente: _____

1. He residido en: _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Desde: ___ / ___ / ___. Además, mi intención es permanecer como residente de Nueva Jersey. ¿CIUDADANO? SÍ NO

2. Al momento del servicio, Yo estaba: Nombre de la compañía: _____

- Desempleado Ganancia de puntos o cobro: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual
- Recibiendo Otros ingresos recibidos por mí o mi cónyuge incluyen: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual
- Retirado Fuente adicional de ingresos: _____
- Empleado Fuente adicional de ingresos: _____
- Al momento del servicio, no tenía ingresos. Me mantenía: _____

Relación: _____ Dirección _____

3. Soy: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Tengo ___ niño(s) que viven conmigo. _____

4. No tenía(mos) seguro en el momento en que se realizó el servicio, No tenía(mos) cobertura o tenía(mos) cobertura limitada solamente a través de:

Nombre de la aseguradora: _____

Póliza #: _____ Suscriptor: _____

5. El primer día del servicio, contaba(mos) con activos líquidos por la cantidad de: \$ _____

Banco: _____

Al momento del servicio, no tenía(mos) activos líquidos en absoluto.

Estoy haciendo esta declaración jurada para aplicar para el Programa de asistencia de cuidados médicos para los hospitales de Nueva Jersey. Estoy consciente de que esta asistencia solo está disponible para el cuidado hospitalario médicamente necesario y que los costos incurridos para los servicios del médico, servicios de anestesiología, interpretación de radiología, terapia de paciente ambulatorio y recetas de paciente ambulatorio son cargos separados del hospital y podrían no ser elegibles para descuentos.

Al firmar esta declaración, estoy certificando que soy la persona que reclamo ser. Estoy consciente de que si alguna de las declaraciones anteriores es falsa, estaré sujeto a un castigo.

Firma _____

Fecha / / _____



185 Roseberry St.
Phillipsburg, N.J. 08865
(908) 847-6828

Programa de asistencia médica para los hospitales de New Jersey

APLICACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN

SECCIÓN I - Información personal	
1. NOMBRE DEL PACIENTE	
_____	_____
(Apellido)	(Nombre) <small>(Inicial del segundo nombre)</small>
3. FECHA DE LA APLICACIÓN	4. FECHA INICIAL DEL SERVICIO
____/____/____	____/____/____
Mes Día Año	Mes Día Año
2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
5. FECHA DE SOLICITUD DEL SERVICIO	
____/____/____	
Mes Día Año	
6. DIRECCIÓN DEL PACIENTE	
7. NÚMERO DE TELÉFONO	
()	
8. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
9. NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	
10. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLICACIÓN PENDIENTE	
11. PRUEBA DE RESIDENCIA DE 3 MESES EN EL ESTADO DE NUEVA JERSEY	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
12. NOMBRE DEL GARANTE (si no es el paciente)	
13. EL PACIENTE (CÓNYUGE, PADRE, OTRO) ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____	
DIRECCIÓN _____	

Miembros elegibles de la familia, incluyendo el aplicante

Nombre	Fecha de nacimiento	SS#	Ocupación	Salario mensual
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

SECCIÓN II: Criterios de activos

14. Activos personales: _____

15. Activos familiares: _____

16. Los activos incluyen:

- A. Dinero en efectivo _____
- B. Cuentas de ahorros _____
- C. Cuentas corrientes _____
- B. Certificados de depósito/I.R.A. _____
- E. Capital en bienes raíces *(que no sea la residencia primaria)* _____
- F. Otros activos *(Bonos del tesoro, papel negociable, acciones y bonos corporativos)* _____
- G. Total _____

*Los miembros de la familia lo incluyen a usted, su cónyuge y los niños menores de edad. Una mujer embarazada cuenta como familia de dos miembros

APLICACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN (Continuación)

SECCIÓN III: Criterios de ingresos

Cuando se determina la elegibilidad para la asistencia médica hospitalaria, se deben usar los ingresos y activos del cónyuge para un adulto; los ingresos y activos de los padres para un niño menor de edad. **Esta aplicación debe estar acompañada de las pruebas de ingresos.**

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

Los ingresos brutos del paciente o familia deben ser menores a lo siguiente:

ÚLTIMOS 12 MESES	O	ÚLTIMOS 3 MESES X 4	O	ÚLTIMO MES X 12

17. FUENTES DE INGRESOS

	SEMANTAL	MENSUAL	ANUAL
A. Salario, nómina 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 al trabajador _____	<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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Otro tipo de apoyo monetario _____	<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 anualidades _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendos o 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 netos comerciales (empleado independiente o verificado por fuente independiente) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Otro (beneficios por huelga, estipendios de entrenamiento, ingresos por familia militar, ingresos de bienes raíces 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 aplicante

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por las dependencias correspondientes del cuidado de salud y los gobiernos federales o estatales. Una mala representación deliberada de estos hechos me hará responsable de todos los cargos hospitalarios y estaré sujeto a penalidades civiles.

Si lo solicita la dependencia del cuidado de la salud, aplicaré para recibir ayuda para el pago de los servicios médicos u hospitalarios ya sea del gobierno o de alguna entidad privada.

Certifico que la información anterior relacionada con los miembros de mi familia, mis ingresos y activos es correcta y verdadera.

Entiendo que es mi responsabilidad la de indicarle al hospital cualquier cambio de estado relacionado con mis ingresos.

18. FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE

19. FECHA

CERTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE/CÓNYUGE/FIADOR

1. Certifico que no tengo ingresos y que no recibido ingresos desde: ___/___/___ hasta ___/___/___.

X _____
Firma del paciente o responsable Relación Fecha ___/___/___

X _____
Firma del cónyuge/responsable Relación Fecha ___/___/___

2. Certifico que no tengo activos, según lo listado en mi aplicación para la asistencia de cuidados hospitalarios de Nueva Jersey, ni a través de mi persona ni de ninguna otra.

X _____
Firma del paciente o responsable Relación Fecha ___/___/___

X _____
Firma del cónyuge/responsable Relación Fecha ___/___/___

3. Certifico que he estado separado y no he vivido con mi cónyuge desde _____, no soy, ni somos propietarios de bienes raíces, no hemos declarado impuestos juntos desde _____, ni tampoco recibimos manutención infantil ni ningún otro tipo de apoyo financiero.

X _____
Firma del paciente o responsable Relación Fecha ___/___/___

4. Certifico que no cuento con cobertura de seguro médico a través de mi persona ni de terceros para cubrir esta factura pendiente.

X _____
Firma del paciente o responsable Relación Fecha ___/___/___

X _____
Firma del cónyuge/responsable Relación Fecha ___/___/___

5. Afirmo que toda la información presentada en esta hoja de trabajo es verdadera a mi saber y entender.

X _____
Firma del paciente o responsable Relación Fecha ___/___/___

X _____
Firma del cónyuge/responsable Relación Fecha ___/___/___

Iniciales del entrevistador



St Lukes Warren Campus
185 Roseberry St.
Phillipsburg, N.J. 08865
(908) 847-6828

**DECLARACIÓN JURADA DE LOS HECHOS
APLICACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA EN HOSPITALES DE NEW JERSEY**

Nombre del paciente

Número de cuenta

____/____/____
Fecha

A quien corresponda:

Firma del paciente: X_____

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Cónyuge/responsable legal/otra firma: _____

Cónyuge/Responsable legal/Otro nombre (letra de imprenta): _____