

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 BENS 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 (SSN)
_____ (Sobrenome)	_____ (Nome)	____ - ____ - ____ (IM)
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		(____) ____ - ____
10. CIDADANIA NORTE-AMERICANA		11. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA POR 3 MESES NO ESTADO DE NJ
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitação 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 bens

15. Bens individuais: _____

16. Bens da família: _____

17. Bens incluem:

- A. Dinheiro _____
- B. Contas poupança _____
- C. Contas 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) _____
- G. 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	Últimos 3 meses X4	Último mês X12	Último mês X13

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/confirmada 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"/>
N. 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

Atestado primário do paciente

Nome do paciente: _____

Número da conta: _____

Data do serviço: _____

Rubrique

_____ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que não temos nem tivemos nenhuma renda de ___/___/___ a ___/___/___

_____ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que não temos nenhum bem conforme indicado na solicitação do Programa Charity Care.

_____ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que sou sem-teto desde ___/___/___

_____ Eu atesto que não tenho seguro médico no momento de minha internação no Hospital.

_____ Eu atesto que o meu nome é _____. Não posso fornecer prova de identidade porque: _____
(Indique o motivo)

_____ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que temos renda. A nossa renda bruta/monetária é de US\$ _____ e somos pagos _____
Frequência

_____ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que temos bens na data do serviço acima no valor de US\$ _____.

_____ Eu e/ou meu cônjuge atestamos que eu resido em Nova Jersey e que pretendo continuar residindo em Nova Jersey.

_____ Eu atesto que não fiz e nem pretendo fazer nenhuma alegação contra qualquer terceiro buscando pagamento, no todo ou em parte, pelos serviços médicos a que esta solicitação se refere (incluindo, sem limitação, solicitações sem comprovação, de indenização por acidente de trabalho, proprietários de imóveis, subsegurado ou não segurado ou alegação de ato ilícito). Compreendo e concordo que, se um pedido como esse for feito, a Jefferson Health pode cancelar o Programa Charity Care e exigir de mim o pagamento de todas as despesas. Também concordo em notificar a Jefferson Health quando um pedido for protocolado.

Assinatura do paciente_____
Nome em letra de fôrma_____
Data

Atestado de exclusões do Programa de assistência hospitalar de New Jersey

Eu, _____, fui informado(a) de que o
NOME DO PACIENTE
NJHAP (Programa de assistência hospitalar de Nova Jersey) serve apenas para faturamento do Jefferson Health. Compreendo que eu posso ser responsável por honorários de médicos particulares associados ao meu tratamento. Médicos do Departamento de emergência, médicos que analisam e interpretam exames, como radiologistas, patologistas, cardiologistas e anestesistas, e todos os outros médicos que participarem do tratamento não são obrigados a honrar o desconto do NJHAP.

Compreendo também que precisarei fazer acordos de pagamento separados com todos os médicos envolvidos em meu tratamento ou na interpretação dos serviços prestados diretamente com o consultório ou com a empresa de cobrança do médico.

ASSINATURA DO PACIENTE

DATA