

## **Programa de Asistencia Hospitalaria de New Jersey** **Lista de verificación de la documentación necesaria**

**Presente los siguientes documentos:**

- I. Identificación (Paciente/garante, cónyuge e hijos)**
- A. Licencia de conducir válida -0-
  - B. Certificado de nacimiento -0-
  - C. Tarjeta de seguridad social -0-
  - D. Pasaporte
- II. Comprobante de residencia en New Jersey – Fechado/válido al día del servicio**
- A. Escritura o contrato de arrendamiento de propiedad en New Jersey -0-
  - B. Licencia de conducir de New Jersey -0-
  - C. Alguna correspondencia en su sobre con el matasellos -0-
  - D. Factura de los servicios públicos
- III. Comprobante de los ingresos – Fechado al día del servicio hospitalario**
- A. Talón de pago con el nombre del empleador de
    - 1. Talones de pago de los 12 meses anteriores -0-
    - 2. Talones de pago de los 3 meses anteriores -0-
    - 3. Talones de pago del mes anterior -0-
  - B. Otro, si corresponde:
    - 1. Carta del empleador con el membrete de la empresa en la que se indiquen los ingresos brutos
    - 2. Carta de concesión de Seguridad Social
    - 3. Comprobante de pensión mensual, manutención al menor, pensión alimenticia, etc.
    - 4. Comprobante de los ingresos del cónyuge/de los hijos
    - 5. Comprobante de subsidios por desempleo
    - 6. Ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses y la declaración de los impuestos del año anterior
- IV. Comprobante de los activos – Saldo a la fecha del servicio hospitalario**
- A. Carta firmada del banco/de la institución financiera (con su respectivo membrete) en la que se indique el saldo exacto en todas las cuentas
  - B. Saldos de cuenta de cuentas de ahorros
  - C. Saldos de cuenta de cuentas corrientes
  - D. Saldos de cuentas de IRA (cuenta de jubilación personal)
  - E. Certificados de depósito, bonos del tesoro, acciones, cuentas de retiro 401(k) o 403(b), etc.
  - F. Valor en efectivo del seguro de vida a término
  - G. PayPal, Venmo, etc.
- V. Carta de denegación de cualquier agencia de asistencia pública (si corresponde)**
- VI. Carta(s) de manutención de la(s) persona(s) que mantiene(n) al paciente si este no tiene ingresos**

Aceptamos las solicitudes para el Programa de Asistencia Hospitalaria de New Jersey en la Oficina de inscripción, de lunes a viernes, de las 8:30 a. m. a las 4 p. m. No es necesario hacer una cita, pero es preferible que se haga una. Puede hacer una cita en el centro más cercano a usted, independientemente del centro donde se prestaron los servicios.

**Para hacer una cita, o si tiene alguna pregunta, llame al:**

Washington Twp. -----	833-958-2198
Stratford -----	833-958-2198
Cherry Hill -----	833-958-2198

**Fecha de la cita \_\_\_\_\_ Hora de la cita \_\_\_\_\_**