



Instrucciones para la solicitud de Charity Care.

Debe solicitar asistencia financiera hasta 2 años después de su fecha de servicios para pacientes ambulatorios y hospitalarios.

Charity Care 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. Será evaluado para determinar si es elegible para el programa de Medicaid del estado de NJ (FamilyCare de NJ).

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

Charity Care cubre únicamente 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 del programa de asistencia en la atención de hospitales de Nueva Jersey. Devuelva la solicitud a la dirección que se encuentra a continuación.
- Adjunte las copias de todos los documentos que se solicitan.
- Toda la documentación se basa en la fecha de servicio. Si solicita una fecha futura de servicio, utilice la fecha del día de hoy como la fecha de servicio.
- 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.
- Llame al (732) 212-6505 para programar una entrevista con un representante de asistencia financiera en uno de los hospitales de Meridian. Podemos ayudarlo con el Mercado de Seguros Médicos, las solicitudes de Charity Care y FamilyCare de Nueva Jersey.
- Llame al 732-902-7080 si tiene alguna pregunta. Los representantes de asistencia financiera se encuentran disponibles de lunes a viernes de 8am a 4pm.

Envíe la solicitud completa y todos los documentos a:

**Meridian Health
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986**

Charity Care del estado de NJ Requisitos de documentación

A continuación, podrá ver una lista de documentos utilizados para determinar la elegibilidad para la atención de beneficencia. **Proporcione únicamente copias de los documentos que se detallan a continuación que se aplican a su situación.** La fecha de los documentos debe coincidir con la fecha en la cual estuvo en el hospital. Si solicita una fecha de servicio futuro, utilice la fecha del día de hoy como la fecha de servicio. Su solicitud puede ser rechazada si no recibimos la documentación adecuada.

- Tarjetas de seguro: para pacientes, cónyuge y/o hijos. Haga una copia del anverso y del reverso de las tarjetas de seguro.
- Identificación personal del paciente, cónyuge, hijos menores de 18 años y/o estudiantes universitarios de tiempo completo menores de 21.
 - Proporcione una de las siguientes opciones por cada miembro de su familia: Licencia de conducir, partida de nacimiento, tarjeta del Seguro Social o pasaporte
- Declaraciones de activos (todas las páginas) que incluyen el saldo en la fecha de servicio.
 - Incluye estados de cuentas corrientes, cajas de ahorro y tarjeta de débito
 - Es posible que deba justificar los depósitos que superen sus ingresos declarados.
- Valor de certificados de depósito (CD's), cuentas individuales de jubilación, planes de retiro 401K, fondos fiduciarios, acciones o bonos a partir de la fecha de servicio.
- **Constancia de ingresos del mes anterior a la fecha de servicio.**
 - Constancia de ingresos, incluidos recibos de pago o una declaración por escrito firmada de **ingresos brutos** estableciendo fecha de contratación de su empleador en un papel membretado de la empresa.
 - Si usted es autónomo, se necesita un informe de pérdidas y ganancias de uno o tres meses y su última declaración de ingresos.
 - Evidencia de ingresos no salariales, incluidos, desempleo, carta de adjudicación del Seguro Social, pensiones de jubilación, manutención de hijos, pensión alimenticia, cartas de adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (para todos los miembros de la familia), indemnización por accidente laboral, beneficios para veteranos, ayuda monetaria de miembros de la familia o amigos.
 - Copia completa de su declaración de impuestos del año anterior o un affidavit firmado de no declaración.
 - Para estudiantes a tiempo completo, necesitará proporcionar la asistencia financiera universitaria, subvenciones o becas que recibió durante el año pasado.
- Comprobante de domicilio antes de la fecha de servicio Debe indicar la dirección postal – **NO** un apartado postal (PO Box)
 - Elija una de las siguientes opciones que contengan su dirección actual de NJ, con fecha previa a la fecha de servicio: Licencia de conducir, copia de alquiler, factura de servicios o carta de recomendación.
- Certificación del paciente: (firme y feche todo lo que corresponda).
- Certificación del cónyuge: (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.
- Papeles de divorcio o certificado de matrimonio.

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

() JERSEY SHORE MEDICAL () OCEAN MEDICAL () RIVERVIEW MEDICAL () BAYSHORE COMMUNITY () SOUTHERN OCEAN MEDICAL

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

Entrevistador

DECLARACIÓN JURADA DE AYUDA / ASISTENCIA

9261-0078X (1-96)

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: _____