

Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER
100 Madison Avenue Interoffice Box 111
Morristown NJ 07960

__OVERLOOK MEDICAL CENTER
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237
Summit, NJ 07902

__NEWTON MEDICAL CENTER
175 High Street
Newton, NJ 07860

__CHILTON MEDICAL CENTER
97 W. Parkway ATTN: Financial Counseling
Pompton Plains, NJ 07444

__HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

É de sua responsabilidade enviar todos os documentos solicitados juntamente com o requerimento de assistência financeira e a respectiva certificação. O paciente e o cônjuge devem preencher, cada um, uma página da certificação.

Note que documentos diferentes dos relacionados abaixo podem ser solicitados e necessários para processar o requerimento. Note que, se você tiver mais de 18 anos de idade, mas menos de 22 anos e estiver registrado como estudante em tempo integral, você precisará apresentar identificação, assim a de seus pais ou responsável e de irmãos. Solicitamos que você também apresente a renda e os bens de seus pais ou responsável.

- Uma forma de identificação para cada membro da família, incluindo paciente, cônjuge e dependentes menores de idade. Formas de identificação aceitáveis incluem: carteira de motorista dos EUA, cartão de seguro social, certidão de nascimento, cartão de registro de estrangeiro ou ID de funcionário.
- Prova de residência em (data do serviço/requerimento) _____. Formas aceitáveis de prova de residência imediatamente anteriores à data do serviço/requerimento incluem: conta de aluguel ou de serviços públicos. A correspondência com nome e endereço do paciente também é aceitável, mas deve ser datada no correio dentro de 2 meses anteriores à data do serviço/requerimento. Nada após a data do serviço será aceito. Endereços de caixa postal não são aceitos.
- Documentação sobre a renda bruta para um mês, três meses ou um ano imediatamente anteriores à data do serviço/requerimento para o paciente e o cônjuge. A documentação pode incluir o seguinte:
 - Contracheques do empregador (4 semanas consecutivas imediatamente antes de _____)
 - Informações de benefícios de desemprego (4 semanas consecutivas imediatamente antes de _____)
 - Carta de Concessão de Seguro Social ou outra declaração de benefícios mostrando pensão, invalidez, pensão alimentícia para filhos, pensão alimentícia de cônjuge, anuidade, etc.
 - Carta digitada do empregador em papel timbrado da empresa declarando tempo de serviço, frequência de pagamentos e a quantia bruta paga. (Não pode declarar quantia aproximada, deve ser exata e deve mencionar a palavra “bruta” na carta.)
 - Declaração do contador sobre a renda bruta ajustada se o paciente e/ou cônjuge forem autônomos. Deve incluir a identificação fiscal e estar assinada pela pessoa que prepara o documento. Deve ser exatamente um mês, três meses ou um ano anterior à data do serviço ou requerimento. Aqui estão as datas exatas obrigatórias: ____/____/____ a ____/____/____.
 - Declaração de suporte da pessoa que oferece quarto e refeições se o paciente e o cônjuge não tiverem renda.
- Extrato bancário mais recente (conta corrente e poupança) do paciente e do cônjuge em (data do serviço/requerimento) _____. Também precisaremos de saldos de todos os fundos de aposentadoria, fundos fiduciários, certificados de depósito (CD), valor patrimonial de imóveis de propriedade que não sejam a residência principal, ações, títulos e qualquer outro ativo líquido.
- Imposto de renda mais recente entregue, incluindo todos os formulários e W-2 (formulário anual de rendimentos).

Atlantic Health System

<input type="checkbox"/>	MORRISTOWN MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	OVERLOOK MDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	NEWTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	CHILTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Nome do paciente		Número do Seguro Social		Data de nascimento
Endereço		Cidade	Estado	CEP
Empregador		Telefone residencial		Salário bruto
Outras rendas		Renda familiar bruta (na data do serviço)		
Assistência social \$	Auxílio-desemprego \$	Últimos 12 meses	Últimos 3 meses	ANUALIZADA
Seg. social \$	Trabalho/Comp. \$	Tamanho da família	Nomes e datas de nascimento	
Pensão VA \$	Pensão alimentícia \$			
Aluguel \$	Outra \$			
Ativos líquidos				
Conta de poupança	Conta corrente	CD	Títulos do Tesouro	
IRA	Título negociável/Ações corporativas	Outra	Total de ativos líquidos	
Categoria inelegível para Medicaid <input type="checkbox"/> Renda alta <input type="checkbox"/> Não inválido <input type="checkbox"/> Estrangeiro inelegível				
Valor dos imóveis \$				
Nome do seguro de saúde			Número da apólice	
Endereço		Cidade	Estado	CEP
Quantia da conta paga pelo seguro		Quantia não paga pelo seguro	Data do serviço	
<p>Eu certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento. Além disso, requisitarei qualquer assistência (Medicaid, Medicare, seguro, etc.), a qual possa ser disponibilizada para pagamento da minha conta de hospital, tomarei todas as ações razoáveis necessárias para obter tal assistência, e designarei ou farei o pagamento ao hospital da quantia recuperada para cobranças hospitalares. Eu entendo que é minha obrigação fornecer ao hospital prova da determinação para Medicaid. Eu entendo que este requerimento é feito de forma que o hospital possa julgar minha elegibilidade para serviços não remunerados sob o programa de cuidados não remunerados do departamento de saúde estadual, com base no critério estabelecido registrado no hospital. Se alguma informação que dei provar ser falsa, eu entendo que o hospital poderá reavaliar minha situação financeira e tomar as medidas que forem apropriadas.</p>				
_____		_____		
Data do requerimento		Assinatura do requerente		
NÃO ESCREVER ABAIXO DESTA LINHA (SOMENTE PARA USO INTERNO)				
Eligibility Determination				
Date Application Received	Income Verified ___ Yes ___ No	___ Application Approved ___ Pending Income Verification		
Application Denied		Pending Medicaid Determination		
REASON:				
_____		Signature of Person Making Determination		Date
Percentage of Eligibility _____ %				
NOTE QUE, SE O REQUERIMENTO FOR NEGADO, É POSSÍVEL FAZER NOVO REQUERIMENTO PARA SERVIÇOS FUTUROS.				

Atlantic Health System

Para ser preenchido pelo paciente

CERTIFICAÇÕES

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDIAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

___ A. Eu tenho (n.o) _____ filhos menores de idade.

___ B. Eu sou: solteiro(a), casado(a), divorciado(a), viúvo(a), separado(a) e não tenho vínculos financeiros com meu cônjuge.

___ C. Eu não recebo pensão alimentícia para filhos/para mim mesmo(a).

Assinado: _____

___ D. Eu certifico que não recebo renda desde: ___/___/___ a ___/___/___.

Assinado: _____

___ E. No momento do serviço eu estava ___ desempregado(a) ou ___ empregado(a) por: _____

Data de contratação: ___/___/___ Eu recebia \$ _____ semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente.

Outra renda recebida de _____ \$ _____ semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente.

___ F. Eu certifico que não tenho ativos.

Assinado: _____

___ G. Eu atesto que estou desabrigado(a) e estou nesta situação desde ___/___/___ . Eu fico/não fico ocasionalmente abrigado em um abrigo local.

Eu tenho/ não tenho identificação.

Nome/endereço do abrigo: _____

Assinado: _____

___ H. Eu atesto que não enviei imposto de renda no ano _____ porque _____.

___ I. Eu certifico que não tenho seguro de saúde.

Assinado: _____

___ J. Eu resido no endereço _____

Sozinho(a) / com _____

___ K. Eu sou residente do Estado de Nova Jérsei desde _____. Eu não tenho residência em outro estado ou país e tenho intenção de continuar minha residência em Nova Jérsei.

Assinado: _____

___ L. Eu não sou residente do Estado de Nova Jérsei. Eu fui admitido ao hospital em circunstâncias de emergência.

Assinado: _____

___ M. Estou fazendo essa afirmação juramentada para requerer Cuidados de Caridade.

Eu entendo que as informações que enviei estão sujeitas à verificação pelo Atlantic Health System e governos federal ou estaduais.

A representação enganosa proposital desses fatos negará os direitos dos hospitais de receberem reembolso por cobranças não cobertas por seguradoras terceirizadas.

Caso solicitado pelo Atlantic Health System, eu requisitarei assistência médica governamental ou outra para o pagamento da conta hospitalar se eu me qualificar para o auxílio.

Eu certifico que as informações com relação à minha renda, tamanho familiar e ativos são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinado: _____

Data: _____

Testemunha: _____

Data: _____

Atlantic Health System

.Se casado(a), para ser preenchido pelo cônjuge

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDIAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

CERTIFICAÇÕES

___ A. Eu tenho (n.º) ___ filhos menores de idade.

___ B. Eu sou: solteiro(a), casado(a), divorciado(a), viúvo(a), separado(a) e não tenho vínculos financeiros com meu cônjuge.

___ C. Eu não recebo pensão alimentícia para filhos/para mim mesmo(a).

Assinado: _____

___ D. Eu certifico que não recebo renda desde: ___/___/___ a ___/___/___.

Assinado: _____

___ E. No momento do serviço eu estava ___ desempregado(a) ou ___ empregado(a) por: _____

Data de contratação: ___/___/___ Eu recebia \$ _____ semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente.

Outra renda recebida de _____ \$ _____ semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, anualmente.

___ F. Eu certifico que não tenho ativos.

Assinado: _____

___ G. Eu atesto que estou desabrigado(a) e estou nesta situação desde ___/___/___. Eu fico/não fico ocasionalmente abrigado em um abrigo local.

Eu tenho/ não tenho identificação.

Nome/endereço do abrigo: _____

Assinado: _____

___ H. Eu atesto que não enviei imposto de renda no ano _____ porque _____.

___ I. Eu certifico que não tenho seguro de saúde.

Assinado: _____

___ J. Eu resido no endereço _____

Sozinho(a) / com _____

___ K. Eu sou residente do Estado de Nova Jérsei desde _____. Eu não tenho residência em outro estado ou país e tenho intenção de continuar minha residência em Nova Jérsei.

Assinado: _____

___ L. Eu não sou residente do Estado de Nova Jérsei. Eu fui admitido ao hospital em circunstâncias de emergência.

Assinado: _____

___ M. Estou fazendo essa afirmação juramentada para requerer Cuidados de Caridade.

Eu entendo que as informações que enviei estão sujeitas à verificação pelo Atlantic Health System e governos federal ou estaduais.

A representação enganosa proposital desses fatos negará os direitos dos hospitais de receberem reembolso por cobranças não cobertas por seguradoras terceirizadas.

Caso solicitado pelo Atlantic Health System, eu requisitarei assistência médica governamental ou outra para o pagamento da conta hospitalar se eu me qualificar para o auxílio.

Eu certifico que as informações com relação à minha renda, tamanho familiar e ativos são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

Assinado: _____

Data: _____

Atlantic Health System

Testemunha: _____

Data: _____