

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: Asesoramiento financiero
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

Usted es responsable de enviar todos los documentos requeridos con su solicitud de asistencia financiera completa y la certificación. Tanto el paciente como el cónyuge deben completar una página de certificación.

Tenga presente que pueden solicitarse otros documentos además de los enumerados a continuación y estos pueden ser necesarios para procesar su solicitud. Tenga en cuenta que si tiene más de 18 años pero menos de 22 y está inscrito como estudiante a tiempo completo, necesitará brindar su identificación como también la de sus padres, tutores y hermanos. También se le pide que brinde información sobre los ingresos y bienes muebles de sus padres o tutores.

- Una forma de identificación personal de cada integrante familiar, incluyendo paciente, cónyuge y dependientes menores. Las formas aceptables de identificación pueden ser: licencia de conducir de los Estados Unidos, pasaporte, tarjeta de seguro social, certificado de nacimiento, tarjeta de registro para extranjeros o identificación como empleado.
- Prueba de dirección al (día del servicio/solicitud) _____. Las formas aceptables de prueba de dirección inmediatamente anteriores a la fecha del servicio/solicitud pueden ser: alquiler o factura de un servicio. El envío por correo con el nombre del paciente y la dirección también son aceptables pero deben estar selladas dentro de los 2 meses anteriores a la fecha del servicio/solicitud. No se aceptará nada luego de la fecha del servicio. Los Apartados postales no serán aceptados.
- La documentación de los ingresos brutos un mes, tres meses o un año inmediatamente anteriores a la fecha del servicio/solicitud tanto del paciente como del cónyuge. La documentación puede incluir lo siguiente:
 - Recibos del empleador (4 semanas consecutivas inmediatamente anteriores al _____)
 - Información sobre seguro de desempleo (4 semanas seguidas inmediatamente anteriores al _____)
 - Carta de Adjudicación del Seguro Social u otra declaración de beneficios que muestre pensión, discapacidad, cuota o pensión alimentaria, anualidad, etc.
 - Letra escrita del empleador en el papel membretado de la compañía que especifique el período de empleo, la frecuencia de pago y el monto bruto pagado. (No se puede indicar un monto aproximado, debe ser exacto y debe decir “bruto” en la carta)
 - La declaración del contador del ingreso bruto ajustado en caso de que el paciente y/o cónyuge sean trabajadores independientes. Debe incluir el número de identificación fiscal y debe ser firmado por la persona que prepare el documento. Debe ser exactamente un mes, tres meses o un año anterior a la fecha del servicio o solicitud. Estas son las fechas exactas requeridas: ____/____/____ a ____/____/____.
 - Declaración de asistencia de la persona que brinde alojamiento y pensión completa en caso de que el paciente y su cónyuge no tengan ingresos.
- El estado de cuenta más reciente (cuenta corriente y caja de ahorros) tanto del paciente como del cónyuge al (día del servicio/solicitud) _____. También necesitaremos estados de todos los fondos de pensión, fondos fiduciarios, certificado de depósito (CD), patrimonio en hogares propios además de la residencia primaria, acciones, bonos, plan de pensiones y otros activos líquidos.
- La declaración de ingresos más reciente incluyendo todas las declaraciones complementarias y formularios W2.

Atlantic Health System

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

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador		Teléfono particular		Pago bruto
Otros ingresos		Ingreso bruto familiar (a la fecha del servicio)		
Asistencia social \$	Desempleo \$	Últimos 12 meses	Últimos 3 meses	ANUALIZADO
Seg Soc \$	Trab/Comp \$	Número de integrantes de la familia	Nombres y fechas de nacimiento	
Pensión para veteranos \$	Pensión Alimenticia \$			
Renta \$	Otro \$			
Activo líquido				
Cuenta de ahorro	Cuenta corriente	Certificados de depósito	Letra del tesoro	
Plan de pensiones (IRA)	Título de crédito/acciones	Otro	Activo líquido total	
Categoría no apta para Medicaid		<input type="checkbox"/> Ingresos altos <input type="checkbox"/> No discapacitado <input type="checkbox"/> Extranjero no apto		
Valor de inmueble \$				
Nombre de la compañía de seguro médico			Número de póliza	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Monto de la factura pagado por la compañía de seguro	Monto de la factura no pagado por la compañía de seguro	Fecha del servicio:		
<p>Certifico que la información anterior es correcta y precisa a mi leal saber y entender. Asimismo, completaré cualquier solicitud para recibir cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, Cobertura, etc.) que esté disponible para el pago de los costos hospitalarios y tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para recibir dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital el monto recuperado por los costos hospitalarios. Comprendo que es mi obligación brindarle al hospital la evidencia de determinación para Medicaid.</p> <p>Entiendo que esta solicitud se realiza para que el hospital pueda determinar mi aptitud para los servicios no compensados bajo el programa de Cuidados no Compensados del Departamento de Salud del Estado. Según el criterio establecido en el archivo del hospital. Si se prueba que la información que he brindado no es cierta. Comprendo que el hospital puede reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que resulte apropiada.</p>				
Fecha de la solicitud		Firma del solicitante		
NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA (PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE)				
Eligibility Determination				
Date Application Received	Income Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Application Approved <input type="checkbox"/> Pending Income Verification		
Application Denied		Pending Medicaid Determination		
REASON:				

Atlantic Health System

	Signature of Person Making Determination	Date
Percentage of Eligibility _____ %	TENGA EN CUENTA QUE EN CASO DE QUE LA SOLICITUD SEA DENEGADA, PODRÁ VOLVER A REALIZARLA PARA FUTUROS SERVICIOS	

Atlantic Health System

Para ser completado por el paciente

CERTIFICADOS

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

___ A. Tengo (n.º) _____ hijos menores de edad.

___ B. Estoy: Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Separado/a y no tengo lazos financieros con mi cónyuge.

___ C. No recibo cuota/pensión alimentaria de mi exesposo/a.

Firma: _____

___ D. Certifico que no he tenido ingresos desde: ___/___/___ a ___/___/___.

Firma: _____

___ E. Al momento del servicio estuve ___ desempleado o ___ empleado por: _____

Fecha de la contratación: ___/___/___ Estaba recibiendo \$ _____ semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente.

Otros ingresos recibidos de _____ \$ _____ semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente.

___ F. Certifico que no tengo bienes muebles.

Firma: _____

___ G. Doy fe de que no tengo hogar desde ___/___/_____. Ocasionalmente me quedo/no me quedo en un albergue local.
Tengo/No tengo identificación.

Nombre/Dirección del albergue: _____

Firma: _____

___ H. Doy fe de que no he presentado una declaración de impuestos sobre la renta correspondiente al año _____ debido a que _____.

___ F. Certifico que no tenía cobertura médica.

Firma: _____

___ J. He residido en _____

Solo/con _____

___ K. Soy residente del Estado de Nueva Jersey desde _____. No tengo residencia en ningún otro estado o país y tengo intención de continuar viviendo en Nueva Jersey.

Firma: _____

___ L. No soy residente del Estado de Nueva Jersey. Fui recibido en el hospital en una situación de emergencia.

Firma: _____

___ M. Estoy realizando esta declaración jurada para solicitar Atención de Beneficencia.

Comprendo que la información que he enviado está sujeta a verificación por Atlantic Health System y el gobierno federal o estatal.

La distorsión deliberada de estos hechos negará el derecho del hospital a recibir reembolso por cualesquiera que sean los cargos no cubiertos por una compañía externa de seguros.

Si así lo requiere Atlantic Health System, solicitaré asistencia médica del gobierno o de algún otro tipo para el pago de la factura médica si cumpla con los requisitos para recibir asistencia.

Certifico que la información relacionada a mis ingresos, número de integrantes familiares y bienes muebles es correcta y exacta según mi leal saber y entender.

Atlantic Health System

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

..Si está casado, ha de ser completado por su cónyuge

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

CERTIFICADOS

___ A. Tengo (n.º) _____ hijos menores de edad.

___ B. Estoy: Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Separado/a y no tengo lazos financieros con mi cónyuge.

___ C. No recibo cuota/pensión alimentaria de mi exesposo/a.

Firma: _____

___ D. Certifico que no he tenido ingresos desde: ___/___/___ a ___/___/___.

Firma: _____

___ E. Al momento del servicio estuve ___ desempleado o ___ empleado por: _____

Fecha de la contratación: ___/___/___ Estaba recibiendo \$ _____ semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente.

Otros ingresos recibidos de _____ \$ _____ semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente.

___ F. Certifico que no tengo bienes muebles.

Firma: _____

___ G. Doy fe de que no tengo hogar desde ___/___/___ . Ocasionalmente me quedo/no me quedo en un albergue local.
Tengo/No tengo identificación.

Nombre/Dirección del albergue: _____

Firma: _____

___ H. Doy fe de que no he presentado una declaración de impuestos sobre la renta correspondiente al año _____ debido a que _____.

___ F. Certifico que no tengo cobertura médica.

Firma: _____

___ J. He residido en _____

Solo/con _____

___ K. Soy residente del Estado de Nueva Jersey desde _____. No tengo residencia en ningún otro estado o país y tengo intención de continuar viviendo en Nueva Jersey.

Firma: _____

___ L. No soy residente del Estado de Nueva Jersey. Fui recibido en el hospital en una situación de emergencia.

Firma: _____

___ M. Estoy realizando esta declaración jurada para solicitar Atención de Beneficencia.

Comprendo que la información que he enviado está sujeta a verificación por Atlantic Health System y el gobierno federal o estatal. La distorsión deliberada de estos hechos negará el derecho del hospital a recibir reembolso por cualesquiera que sean los cargos no cubiertos por una compañía externa de seguros.

Atlantic Health System

Si así lo requiere Atlantic Health System, solicitaré ayuda médica del gobierno o de algún otro tipo para el pago de la factura médica si cumplo con los requisitos para recibir asistencia.

Certifico que la información relacionada a mis ingresos, número de integrantes familiares y bienes muebles es correcta y exacta según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____