



Charity Care del Estado _____ %
 Inspira Interno _____ %

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente _____ Fecha de aplicación _____
 Dirección _____ Date of Service _____
 Teléfono _____ Nombre del fiador / # SS _____ Tamaño de familia _____

Miembros de la Familia (incluir fiador)	Cuenta / # Pt.	Fecha de Nacimiento	Relación	SS#	Cobertura

Determinación

Al determinar la elegibilidad para charity care, los ingresos y bienes de su cónyuge deben ser utilizados para un adulto y los ingresos y bienes de los padres deben ser utilizados para un niño menor de edad.

Bienes Líquidos Incluyen:

Efectivo _____ Cuentas d Ahorro _____
 Cuenta de Cheques _____ Certificado de Depósito/ Certificado de Tesoro _____
 Documentos Negociables _____ Acciones y Bono _____
 Otros Bienes Líquidos _____ Propiedad aparte de la vivienda _____

Criterios de Ingreso

Ingreso Bruto del paciente/familia es igual a la menor de las siguientes:

Últimos 12 meses _____ o 3 últimos meses x 4 _____
 Multiplique, 1 semana x 52 _____

Los ingresos incluyen:

Los salarios antes de deducciones _____ Ingreso por asistencia Pública _____
 Las Beneficios del Seguridad Social _____ Ingreso por Desempleo y Compensación de Trabajadores _____
 Beneficios por huelga de Fondos la Unión _____ Ingresos por Pensión / Manutención de Menores _____
 Ingreso por Seguros o Pagos de Inversiones _____
 Beneficios de Veteranos _____ Ingreso por la Granja / Autoempleo _____
 Ingresos por Dividendos, Intereses _____ Otros Ingresos _____
 Ingresos por Rentas, Inmuebles, Fideicomisos o Regalías _____

Nota: Los ingresos NO incluyen los siguientes recibos de dinero: bienes recibidos como los retiros de un banco; venta de propiedad, casa o automóvil; devolución de impuestos; regalos; Pagos de Seguros una vez; o compensación producida y consumida en las granjas, ni tampoco el valor imputado de la renta por el dueño por la ocupación de una finca o vivienda no agrícola.



Antes de poder considerar su aplicación, es necesario que provea la siguiente información de comprobación de ingresos:

- 1. ¿Tiene seguro médico? _____ si _____ no
- 2. ¿Es usted elegible para recibir asistencia pública? _____ si _____ no
Si no, anote la
razon _____
- 3. ¿Era residente de Nueva Jersey en la fecha en que recibió el servicio en cuestión? _____ si _____ no
- 4. Declaró sus impuestos sobre ingresos federales el año anterior, es decir, 1040, W2 _____ si _____ no
- 5. ¿Recibe Beneficios del Seguro Social? _____ si _____ no
- 6. ¿Recibe Manutención para sus hijos? _____ si _____ no
- 7. ¿Recibe ingresos de cualquier otra fuente, es decir, plan de pensión, Dividendos de acciones, asistencia social, desempleo, Medicaid? _____ si _____ no
- 8. ¿Tiene cuentas bancarias, cheques o de ahorros? _____ si _____ no
- 9. ¿Ha trabajado en los últimos tres meses? _____ si _____ no
- 10. ¿Vive usted con alguien que le proporciona alimento y refugio? _____ si _____ no

Si ha contestado que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, debe proporcionar la documentación.

Entiendo que la información arriba presentada, está sujeta a verificación por parte de la institución de salud mencionada anteriormente y por el gobierno federal o estatal. La tergiversación intencional de estos hechos me hará responsable de todos los gastos del hospital. Yo autorizo a la Junta de Servicios Sociales para liberar mi información con respecto a mi solicitud de asistencia general al Inspira Health Network.

(Identificación, Ingresos, Tarjeta de Medicaid) _____

Si es requerido por la institución de salud, voy a solicitar asistencia médica gubernamental o privada para efectuar el pago de la factura del hospital.

Certifico que la información anterior en relación con el tamaño de mi familia, ingresos y bienes, es verdadera y correcta.

Signature of Patient or Guarantor: _____ **Date:** _____

**PARA PREGUNTAS DE ASISTENCIA FINANCIERA,
POR FAVOR LLAME (856) 641-6336**