

SECCION II – INFORMACION DE BIENES

Cuando determinando elegibilidad para asistencia, ingresos del esposo/esposa serán usados para un adulto. Ingresos de padre(s) serán usados para un menor de edad. Prueba de ingresos tienen que acompañar esta aplicación.

Ingresos serán basados en la calculación de uno de los siguientes: Doce (12) Meses, Tres (3) Meses o Un (1) Mes de ingresos antes de la fecha de servicio.

Paciente/Familia Ganancias Financieras igual a lo menor de lo siguiente:

Últimos 12 Meses

Últimos 3 Meses x 4

Último Mes x 12

16. Origen de Ingresos

		Semanal	Mensual	Anual
A. Ingresos Antes Deducciones	_____	()	()	()
B. Asistencia Publica	_____	()	()	()
C. Beneficios De Seguro Social	_____	()	()	()
D. Beneficios De Desempleo y Compensación	_____	()	()	()
E. Beneficios De Veteranos	_____	()	()	()
F. Asistencia De Divorcio/Mantenimiento De Niños	_____	()	()	()
G. Cualquier Mantenimiento Monetario	_____	()	()	()
H. Sueldo De Pensión	_____	()	()	()
I. Beneficios De Seguro/Anualidad	_____	()	()	()
J. Dividendos/Interés	_____	()	()	()
K. Ingresos De Renta	_____	()	()	()
L. Ganancia Neto De Negocio (Negocio Propio/ verificado por un origen independiente)	_____	()	()	()
M. Otro (Beneficios de Huelga, Ingresos Militar, Entrenamiento o Derechos)	_____	()	()	()
N. TOTALES	_____	()	()	()

SECCION III – CERTIFICACION DEL APLICANTE

Yo entiendo que la información que yo muestro es sujeta a verificación de las agencias apropiadas (Federal y Estado). Mal representación de estos datos me hará responsable por todos los gastos del hospital y penales civiles.

Si es solicitada por el hospital, yo aplicare para asistencia gubernativo o asistencia medica privada para pagar los gastos del hospital.

Yo certifico que la información sobre mi familia, ingresos y bienes son verdad y correcto.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de avisarle al hospital sobre cualquier cambio con respecto a mis ingresos y bienes.

17. Firma del Paciente o Garantizador

18. Fecha

PROGRAMA DE CUIDO DE ASISTENCIA DE NUEVA JERSEY
APLICACIÓN PARA PARTICIPACION

Prueba de identificación, ingresos, y bienes tienen que acompañar esta aplicación. Mande copias de los documentos; no mande originales porque no serán devueltos.

SECCION I – INFORMACION PERSONAL

1. Nombre de Paciente Apellido _____ Nombre _____ I _____	2. Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____
3. Fecha de Aplicación _____/_____/_____ Mes Día Año	4. Fecha de Servicio Inicial _____/_____/_____ Mes Día Año
5. Fecha de Servicio Solicitada _____/_____/_____ Mes Día Año	
6. Dirección del Paciente _____ _____	7. Numero de Teléfono (_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
8. Ciudad, Estado, Código Postal _____	9. Tamaño de Familia (Esposo/Esposa, hijos menores de edad)* _____
10. Ciudadanía Si () No () Aplicación Pendiente ()	11. Prueba de residencia de 3 meses en Nueva Jersey. Si () No ()
12. Nombre del Garantizador (Si no es el paciente) Apellido _____ Nombre _____ I _____	

SECCION II – INFORMACION DE BIENES

13. Bienes Individuales: _____

14. Bienes Familiares: _____

15. Bienes Incluye: _____

- A. Dinero En Efectivo: _____
- B. Cuentas De Ahorros: _____
- C. Cuentas De Cheques: _____
- D. Certificados De Deposito/I.R.A. _____
- E. Bienes Raíces (Otros Aparte De La Residencia Familiar) _____
- F. Otros Bienes
(Billete Bancarios, Billetes Negociables, Accione y Bono de Corporación) _____
- G. Totales _____

*Una mujer embarazada es contada como dos miembros de familia.