

CHARITY CARE REQUIRED DOCUMENTATION CHECKLIST

FECHA

HOSPITAL

NUMERO DE CUENTA

NOMBRE DEL PACIENTE

DIA DE SERVICIO

Para que el Hospital de _____ considere su aplicacion para la ayuda de caridad, el Departamento de Salud require que usted entregue los siguientes documentos para poder determinar su elegibilidad..

_____ **IDENTIFICACION:** Certificado de nacimiento, Tarjeta de seguro social, Licencia de conducir, Pasaporte, Tarjeta de residencia permanente, etc.

_____ **PRUEBA DE RESIDENCIA EN NJ:** Para la fecha de _____. Licencia de conducir, Recibo de telefono o electricidad, Recibo de hipoteca (lease), Carta de mantenimiento, etc.

_____ **PRUEBA DE INGRESO:** desde _____ hasta _____

_____ **Sueldo:** Copias de talonarios, o una Carta del empleador con el membrete de la compania, indicando el sueldo grueso semenal, bi semenal, o mensual. Debe incluir la fecha en que empezo (o termino) de trabajar y si tiene (o tenia) seguro medico

_____ **Desempleo:** Talones /impression de la oficina.

_____ **Prueba de Seguro Social o Pension:** Una carta que indique la cantidad de dinero que recibe y la fecha cuando comenzo a recibirlo

_____ **Beneficios de desabilitados del estado o privados:** Una carta de la agencia apropiada

_____ **Asistencia publica/Manutencion de los hijos/alimenticia:** Cartas de verificacion de la ciudad o del condado agencia.

_____ **Renta de alquiler:** Copia del contrato de arrendamiento.

_____ **Estado de perdidas y ganancias de su negocio:** Debe ser hecha por un contador

_____ **Carta de mantenimiento o apoyo:** Debe incluir el nombre y la direccion de la persona que ayuda al paciente y las fecha exactas. La persona que le da apoyo debe firmar la carta.

_____ **PRUEBA DE BIENES:** Para cubrir las fecha de _____

_____ Cuenta bancaria de cheques o ahorros: Una copia del estado de cuenta.

_____ Comprobante de cualquier otros bienes financieros (401k, Stock, bonds, IRA, certificados de depositos etc .

_____ **POR FAVOR DE FIMAR LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS:**

_____ Charity Care Application

_____ Patient/Other Resp Party Certifications

_____ No contact Attestation

_____ Spouse/Other Resp party Certifications

_____ Affidavit of Separation

_____ Homeless Attestation

_____ Otras

Si tiene cualquier pregunta con respecto a su aplicacion o necesita ayuda, por favor de llamar al _____ y pedir por _____.