

Cooper University Health Care
Solicitud de evaluación de la política de ayuda económica

Esta Solicitud debe estar acompañada por una prueba de identificación, una prueba de ingresos y una prueba de activos.

Nombre del paciente: _____ **N.º del Seguro Social:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha del servicio (requerido):** _____

Domicilio: _____ **Nombre del garante:** _____

Ciudadanía estadounidense: ___ Sí ___ No ___ En trámite

Teléfono: _____

Prueba de residencia en NJ: ___ Sí ___ No

Tamaño del grupo familiar: _____

Elegible para Medicaid: ___ Sí ___ No

Nombres y edades

Fuentes de ingresos

Criterios de los activos

Salario/Sueldo (bruto) USD ___/mes

Activos individuales USD _____

Ayuda pública USD ___/mes

Activos familiares USD _____

Beneficios del Seg. Soc. USD ___/mes

Efectivo USD _____

Indemnización laboral y por desempleo USD ___/mes

Caja de ahorro USD _____

Beneficios para veteranos USD ___/mes

Cuenta corriente USD _____

Manutención infantil USD ___/mes

Cert. de dep./I.R.A. USD _____

Otro apoyo económico USD ___/mes
(distintos de la residencia primaria)

Ingresos por inmuebles USD _____

Jubilación USD ___/mes

Otros activos USD _____

(notas del Tesoro, títulos valores, acciones/bonos corp.)

Pagos de seguros/anualidades USD ___/mes

Dividendos/Participaciones USD ___/mes

Total de ingresos familiares USD _____

Ingresos por alquileres USD ___/mes

Total de activos USD _____

Ingresos comerciales netos USD ___/mes

(empleo independiente, verificados por una fuente independiente)

Otros *(huelga, prestaciones, becas por USD ___/mes*

capacitación, asignación familiar del Ejército, ingresos de inmuebles y fideicomisos)

Comprendo que la información presentada está sujeta a verificación de parte del centro médico que corresponda y del gobierno federal y estatal. Las declaraciones falsas de mala fe respecto de estos hechos me harán responsable de abonar todos los cargos hospitalarios y quedaré sujeto a sanciones civiles. Si así lo solicitare el centro médico, solicitaré ayuda médica gubernamental o privada para el pago de las facturas hospitalarias. Certifico que la información que antecede respecto del tamaño de mi grupo familiar, de los ingresos y de los activos es veraz y correcta. Comprendo que tengo la responsabilidad de informar al hospital respecto de todo cambio en el estado de mis ingresos o activos.

Fecha de la solicitud _____ **Firma** _____

(Paciente o garante)

PARA EXCLUSIVO ADMINISTRATIVO: Índice de aprobación ___ 100 % ___ 80 % ___ 60 % ___ 40 % ___ 20 % ___ 30 %

Fecha de emisión: _____ **Fecha de vencimiento:** _____

Asesor económico _____ **MPI del paciente:** _____

(Firma del representante del hospital)

Número de cuenta

Certificación primaria del paciente

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Fecha del servicio: _____

Coloque sus iniciales

___ Ni yo ni mi cónyuge contamos con ingresos ni hemos contado con ellos desde el __/__/__ hasta el __/__/__.

___ Tanto mi cónyuge como yo declaramos que no tenemos activos, según consta en la solicitud de atención benéfica.

___ Tanto mi cónyuge como yo declaramos que somos indigentes y que lo hemos sido desde el __/__/__.

___ Declaro que no cuento con seguro médico al momento de mi hospitalización.

___ Declaro que mi nombre es _____. No puedo aportar prueba de identificación debido a:

(Indicar motivo)

___ Tanto mi cónyuge como yo declaramos que tenemos ingresos. Nuestros ingresos brutos/en efectivo son de USD ___ y nos pagan de forma _____ (frecuencia).

___ Tanto mi cónyuge como yo declaramos que tenemos activos a la fecha del servicio mencionado por un monto de USD _____.

___ Tanto mi cónyuge como yo declaramos que somos residentes de Nueva Jersey y que pretendemos seguirlo siendo.

___ Declaro que no he realizado, ni pretendo realizar, ninguna reclamación contra ningún tercero para buscar obtener un pago, total o parcial, en concepto de servicios médicos relacionados con esta solicitud (incluidas, entre otras cosas, reclamaciones de exención de culpabilidad, indemnización laboral, propietarios de viviendas, prestaciones por seguro insuficiente o por motociclista con seguro insuficiente y reclamaciones por daños civiles). Comprendo y acuerdo que, en caso de realizar alguna de estas reclamaciones, Cooper University Hospital podría revocar su atención benéfica e intentar buscar el cobro de todos los cargos adeudados por mí. Asimismo, acuerdo notificar a Cooper University Hospital en caso de presentar alguna de estas reclamaciones.

Firma del paciente

Aclaración

Fecha

Reconocimiento/Declaración de ayuda:

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Fecha del servicio: _____

Mi nombre es _____. Certifico que estoy brindando el siguiente tipo de ayuda a la persona antes mencionada. Reconozco que dicha persona es el paciente mencionado. **No soy responsable ni estoy en condiciones de abonar ningún gasto hospitalario o médico en su nombre.**

Desde: ___/___/___ hasta: ___/___/___

Sí No

Alimentos:

Alojamiento:

Dinero:

USD _____
Monto Frecuencia

Actualmente, vivo en el siguiente domicilio: _____

A quien corresponda:

Firma del inquilino/ayudante

Teléfono

Aclaración

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Certificación de separación

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

Fecha del servicio: _____

Coloque sus iniciales

___ Yo, la persona mencionada, declaro que estoy separado de mi cónyuge desde el _____
(mes/año).

___ Declaro que no vivo con mi cónyuge.

___ Declaro que no poseo cuentas bancarias ni otros activos en común con mi cónyuge, y que no somos copropietarios de ningún inmueble. (**Adjuntar pruebas**).

___ Declaro que mi cónyuge y yo no hemos presentado una declaración impositiva conjunta* desde _____ (año).

**** Adjuntar copia de la última declaración impositiva presentada antes de la fecha del servicio****

___ Declaro que no recibo ningún ingreso, manutención de menores ni ninguna otra ayuda económica de mi cónyuge.

* No he presentado una declaración impositiva para el año ____ debido a

(breve explicación).

Firma del paciente

Aclaración

Fecha

Motivos de conocimiento

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Fecha del servicio: _____

El que suscribe, _____ (nombre del firmante), es _____
(vínculo con el paciente) del paciente.

Completo esta solicitud para el Programa de Ayuda para el Pago de Atención Hospitalaria de Nueva Jersey en nombre de la persona antes mencionada, quien no es capaz de completarla por sí mismo debido a:

(breve explicación).

Firma **Teléfono**

Aclaración **Fecha**

Departamento de Asesoría Económica
One Cooper Plaza
Camden, New Jersey 08103
CooperHealth.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS E INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio:

Seguro Social: _____

El que suscribe, _____, por medio de la presente autoriza a ustedes a divulgar a A.R.M.D.S./Cooper Health System toda información relacionada con su edad, residencia, ciudadanía, empleo, ingresos, activos o resúmenes de cuentas bancarias.

Queda comprendido que la información obtenida se utilizará solo para los fines directamente relacionados con la elegibilidad para programas de Seguridad Social, Medicaid y el Programa de Ayuda de Atención Hospitalaria de Nueva Jersey.

Esta autorización se extiende de forma voluntaria y de pleno conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

La información incluida en este formulario es privada y confidencial, destinada exclusivamente para uso de parte de la persona o entidad antes mencionada. Si el lector de este mensaje no es el destinatario, por medio de la presente queda notificado respecto de que toda diseminación, distribución o copia de la comunicación está estrictamente prohibida. Si ha recibido esta comunicación por error, notifíquenos de inmediato por teléfono y devuélvanos el mensaje original al domicilio mencionado mediante el Servicio Postal de los EE. UU.

Gracias.