



Saint Peter's University Hospital
254 Easton Avenue
New Brunswick, NJ 08901
732-745-8600 extension 5019
resourceservices1@saintpetersuh.com

NOMBRE DEL PACIENTE:

CITA FECHA / HORA::

ASESOR DE RECURSOS:

FECHA DE SERVICIO:

NÚMERO DE CUENTA:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

IDENTIFICACIÓN:

Ejemplo: Certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, licencia de conducir, tarjeta verde, pasaporte, certificado de matrimonio, identificación del condado (con foto) del paciente, cónyuge e hijos (si corresponde).

SI ACTUALMENTE TIENE SEGURO: (Copia de la tarjeta de seguro)

Ejemplo: Tarjeta de Medicare o Medicaid, tarjeta de seguro médico para estudiantes, seguro médico primario / secundario. (Si su hijo es elegible para Medicaid pero no tiene una tarjeta, diríjase a la Junta de Servicios Sociales de su condado para solicitarlo).

INGRESOS:

PACIENTE: UN (1) MES ANTES _____

Ejemplo: Talones de pago, carta del empleador, talones de desempleo, impresión del Seguro Social, talones de cheques de pension.

NOTA: Si envía una carta de su empleador, la carta debe incluir lo siguiente: bruto, salario semanal / quincenal / mensual, su fecha de contratación y las horas trabajadas durante cada período de pago. Además, la carta debe tener el nombre de la empresa y la información de contacto O, si está desempleado, firme la carta adjunta.

ESPOSA O ESPOSO / PADRES: UN (1) MES ANTES

Ejemplo: Talones de pago, carta del empleador, talones de desempleo, impresión del Seguro Social, talones de cheques de pension.

NOTA: Si envía una carta de su empleador, la carta debe incluir lo siguiente: bruto, salario semanal / quincenal / mensual, su fecha de contratación y las horas trabajadas durante cada período de pago. Además, la carta debe tener el nombre de la empresa y la información de contacto O, si está desempleado, firme la carta adjunta.

SI NO HAY INGRESOS: El paciente debe proporcionar una declaración firmada por separado en situaciones donde no hay ingresos, lo que incluye una explicación de cómo está viviendo. Además, si hay otras personas que brindan al solicitante habitación y comida o apoyo, el hospital solicitará al solicitante que presente declaraciones por escrito de quienes brindan el apoyo. **NOTA:** la declaración debe incluir el nombre del partidario, el número de contacto del partidario, cuándo comenzó el soporte, la dirección y el comprobante de domicilio de la persona que brinda el soporte.

SI USTED ES EMPLEADO:

Se necesita una declaración de pérdidas y ganancias durante exactamente tres (3) meses antes de la fecha de servicio. Si trabaja por cuenta propia, el estado requiere una declaración de pérdidas y ganancias que debe elaborar un contador. **Ejemplo: si su fecha de servicio es el 20/11/19, la declaración de pérdidas y ganancias debe estar fechada el 20/08/19-20/11/19.**

MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS::

Proporcione documentación válida que muestre los fondos recibidos antes _____

Ejemplo: Talones de manutención infantil de la Oficina de Libertad Condicional, decreto de divorcio (si establece

cuánto y con qué frecuencia se recibe manutención infantil), o una carta que indique que no se recibe manutención infantil.

BIENES:

Proporcione documentación válida que muestre los activos antes _____ (Paciente / Cónyuge / Padre)

Ejemplo: Extracto del banco o carta / impresión del número de cuenta del banco, que se menciona en la cuenta y el saldo en la fecha anterior. La carta / impresión debe estar en papel con membrete del banco o con el sello del banco.

Fondos de inversión, seguro de vida, patrimonio inmobiliario distinto de la residencia principal, 401K. Si no hay activos; Una declaración por escrito que indique que no hay activos

PRUEBA DE RESIDENCIA:

Proporcione documentación válida que demuestre que vive en su dirección al menos un (1) día antes de la fecha de solicitud de _____. * Si está solicitando una fecha de servicio anterior, asegúrese de que la prueba esté fechada un (1) día antes de ese servicio. (EJEMPLO: factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, etc..)

INTENTO DE QUEDARSE:

Para ser considerado residente de Nueva Jersey, debe tener la intención de seguir viviendo en Nueva Jersey.

CARTA DE PREMIO DE AYUDA FINANCIERA: (Estudiante a tiempo completo)

Si el paciente (o cualquier miembro de la familia) es un estudiante de tiempo completo, proporcione prueba de ayuda financiera.

DIVORCIO DECRETO O CINCO (5) PUNTOS DE SEPARACIÓN:

1. Prueba de propiedad separada. Ejemplo: contrato de arrendamiento, nota de hipoteca, carta de respaldo que le proporcionaremos.
2. Prueba de activos separados. Ejemplo: Estado de cuenta / impresión del banco o carta declarando que no hay activos.
3. Declaración de impuestos que declara presentación única o carta declarando que no se presentaron ingresos ni impuestos.
4. Sin contacto / sin carta de vínculos financieros. No se debe establecer contacto ni vínculos financieros durante tres (3) años o meses.
5. Copia del certificado de matrimonio

También lo ayudaremos a determinar la elegibilidad para los siguientes programas:

- NJ FamilyCare - 1 (800) 701-0710
- Junta de Servicios Sociales del Condado de Middlesex - (732) 745-3500
- Junta de Servicios Sociales del Condado de Somerset (Oficina de Medicaid) - (908) 526-8800
- Junta de Servicios Sociales del Condado de Union (Oficina de Medicaid) - (908) 791-7000
- Medicaid de emergencia: se requiere PAIC para emergencias / parto y parto

LOS REPRESENTANTES DE SERVICIOS DE RECURSOS ESTÁN DISPONIBLES

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL (732) 745-8600 EXTENSIÓN: 5019

Correo electrónico: resourceservices1@saintpetersuh.com

HOSPITAL— Campus Principal 254 Easton Avenue (Planta Baja) New Brunswick, NJ LUNES A VIERNES 8:00 AM-4: 00 PM	Centro De Salud Familiar 123 How Lane New Brunswick, NJ LUNES A VIERNES 8:00 AM-4: 00 PM MARTES Y MIERCOLES 8:00AM-7:00 PM
--	---

