

Atlantic Rehabilitation Institute, LLC

Usted tiene la responsabilidad de presentar todos los documentos solicitados junto con su solicitud de ayuda económica y su certificación completadas. Tanto el paciente como el cónyuge deben completar cada una una página de certificación.

Tenga en cuenta que posiblemente se le soliciten y resulten necesarios documentos adicionales a los que se detallan debajo para procesar su solicitud. Tenga en cuenta que si tiene más de 18 años pero menos de 22 y está inscrito como estudiante a tiempo completo, necesitará proporcionar su identificación, además de las de sus padres o tutor legal y hermanos. También debe proporcionar los ingresos y los activos de sus padres o de su tutor legal.

- ☐ Una identificación personal de cada familiar, incluidos el paciente, el cónyuge y los menores dependientes. Identificaciones aceptables: Licencia de conducir estadounidense, pasaporte, tarjeta del seguro social, certificado de nacimiento, tarjeta de residente o identificación como empleado.
- ☐ Comprobante de domicilio al (fecha del servicio/de la solicitud) _____. Comprobantes de domicilio aceptables inmediatamente anteriores a la fecha del servicio/de la solicitud: contrato de arrendamiento o factura de un servicio público. También es aceptable correspondencia con el nombre y el domicilio del paciente, pero la fecha del franqueo no debe ser mayor a 2 meses antes de la fecha del servicio/de la solicitud. No se aceptará nada posterior a la fecha del servicio. Las direcciones con casilla de correo (P.O. Box) no son aceptables.
- ☐ Documentación de los ingresos en bruto para un mes, tres meses o un año inmediatamente anteriores a la fecha del servicio/de la solicitud del paciente y el cónyuge. La documentación puede incluir:
 - ☐ Recibos de sueldo del empleador
(4 semanas consecutivas inmediatamente anteriores al _____)
 - ☐ Información sobre beneficios de desempleo
(4 semanas consecutivas inmediatamente anteriores al _____)
 - ☐ Carta de adjudicación del Seguro Social u otra declaración de beneficios que indique pensión, discapacidad, manutención de menores, pensión alimentaria, anualidad, etc.
 - ☐ Carta por escrito del empleador con membrete de la empresa que indique la duración del empleo, con qué frecuencia se le paga y la cantidad pagada en bruto. (No puede indicarse un monto aproximado, debe ser exacto y debe indicar el término “en bruto” en la carta).
 - ☐ Declaración de un contador de los ingresos en bruto ajustados si el paciente o el cónyuge trabajan por cuenta propia. Debe incluir el número de identificación fiscal y debe estar firmado por la persona que elaboró el documento. Debe incluir exactamente un mes, tres meses o un año antes de la fecha del servicio o de la solicitud. Estas son las fechas exactas necesarias: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____.
 - ☐ Declaración de manutención por parte de la persona que proporciona alojamiento y comida si el paciente y su cónyuge no reciben ingresos.
- ☐ El resumen bancario más reciente (cuenta corriente y caja de ahorro) del paciente y su cónyuge al (fecha del servicio/de la solicitud) _____. También necesitaremos el saldo de todos los fondos de jubilación, fideicomisos y plazos fijos (certificates of deposit, CD), y el valor del capital propio en propiedades que no sean la residencia principal, acciones, bonos, cuentas IRA y otros activos líquidos.
- ☐ Declaración impositiva más reciente, con todos los anexos y formularios W2.

Atlantic Rehabilitation Institute, LLC

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA

Nombre del paciente		Número del seguro social		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad		Estado	
				Código postal	
Empleador		Teléfono personal		Paga en bruto	
Otros ingresos		Ingresos en bruto del grupo familiar (a la fecha del servicio)			
Beneficios sociales \$	Desempleo \$	Últimos 12 meses	Últimos 3 meses	ANUALIZADOS	
Seguro Social \$	Indemn. laboral \$	Cantidad de miembros de la familia	Nombres y fechas de nacimiento		
Pensión como veterano \$	Pensión alimentaria \$				
Alquiler \$	Otros \$				
Activos líquidos					
Caja de ahorro	Cuenta corriente	Plazos fijos (CD)	Bonos del Tesoro		
IRA	Valores negociables/acciones corporativas	Otros	Activos líquidos totales		
Categoría no elegible para Medicaid		Altos ingresos Sin discapacidad Extranjero no elegible			
Valor de los inmuebles \$					
Nombre de la compañía del seguro de salud		Número de póliza			
Domicilio		Ciudad		Estado	
				Código postal	
Monto de la factura pagado por el seguro		Monto no pagado por el seguro		Fecha de servicio	
Certifico que la información precedente es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Además, presentaré una solicitud para cualquier ayuda (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pudiera estar disponible para el pago de mis cargos hospitalarios y tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener tal ayuda, y cederé o pagaré al hospital el monto recuperado por cargos hospitalarios. Comprendo que tengo la obligación de proporcionarle al hospital un comprobante de determinación para Medicaid. Comprendo que esta solicitud se lleva a cabo para que el hospital pueda determinar mi elegibilidad para servicios no remunerados en virtud del programa de atención no remunerada del Departamento de Salud del Estado. Con base en los criterios establecidos en archivo en el hospital. Si alguna información que proporcioné resulta ser falsa. Comprendo que el hospital puede reevaluar mi situación financiera y tomar cualquier medida que resulte adecuada. ----- Fecha de la solicitud ----- Firma del solicitante NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)					
Determinación de la elegibilidad					
Fecha en que se recibió la solicitud		Ingresos verificados ___ Sí ___ No		___ Solicitud aprobada ___ Verificación de ingresos pendiente ___ Determinación de Medicaid pendiente	
Solicitud rechazada					
MOTIVO:					
Porcentaje de elegibilidad %		Firma de la persona que lleva a cabo la determinación		Fecha	
TENGA EN CUENTA QUE SI SE RECHAZA LA SOLICITUD, PUEDE VOLVER A PRESENTAR OTRA PARA SERVICIOS FUTUROS					

CERTIFICACIONES

- __ A. Tengo (n.º) __ hijos menores de edad.
- __ B. Soy: Soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, separado/a y no tengo vinculación financiera con mi cónyuge.
- __ C. No recibo manutención de menores/pensión alimentaria de mi anterior cónyuge/otra persona.
Firma: __
- __ D. Certifico que no he tenido ingresos del: __ / __ / __ al __ / __ / __ .
Firma: __
- __ E. En el momento de recibir el servicio, estaba __ desempleado/a o __ empleado/a por: __
Fecha de contratación: __ / __ / __ Recibía \$ __ por semana, cada dos semanas, por mes, por año.
Otros ingresos recibidos de __ \$ por semana, cada dos semanas, por mes, por año.
- __ F. Certifico que no tengo activos.
Firma: __
- __ G. Certifico que soy una persona sin hogar desde el __ / __ / __ . Ocasionalmente me quedo/no me quedo en un refugio local.
Tengo/no tengo identificación.
Nombre/dirección del refugio: __

Firma: __
- __ H. Certifico que no presenté ninguna declaración impositiva para el año __ debido a que __ .

- __ L. No soy residente del estado de Nueva Jersey. Me admitieron en el hospital en circunstancias de emergencia.
Firma: __
- __ M. Presento esta declaración jurada para solicitar atención médica de beneficencia.
Firma: __

Comprendo que la información que presenté está sujeta a su verificación por parte de Atlantic Rehabilitation Institute, LLC y los gobiernos federal o estatal. La tergiversación voluntaria de estos hechos anulará el derecho del hospital a recibir reembolso por cargos no cubiertos por una compañía de seguros externa. Si Atlantic Rehabilitation Institute lo solicita, presentaré una solicitud para ayuda del gobierno u otra ayuda médica para el pago de la factura del hospital si cumplo los requisitos para recibir ayuda. Certifico que la información en relación con mis ingresos, cantidad de miembros de la familia y activos es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma: __

Fecha: __

Testigo: __

Fecha: __

__ J. He residido en __

Por mi cuenta/con __

__ K. Soy residente del estado de Nueva Jersey desde __. No tengo residencia en ningún otro estado o país y tengo intenciones claras de continuar mi residencia en Nueva Jersey.

Firma: __

__ L. No soy residente del estado de Nueva Jersey. Me admitieron en el hospital en circunstancias de emergencia.

Firma: __

__ M. Presento esta declaración jurada para solicitar atención médica de beneficencia.

Firma: __

Comprendo que la información que presenté está sujeta a su verificación por parte de Atlantic Rehabilitation Institute, LLC y los gobiernos federal o estatal. La tergiversación voluntaria de estos hechos anulará el derecho del hospital a recibir reembolso por cargos no cubiertos por una compañía de seguros externa. Si Atlantic Rehabilitation Institute lo solicita, presentaré una solicitud para ayuda del gobierno u otra ayuda médica para el pago de la factura del hospital si cumpla los requisitos para recibir ayuda. Certifiqué que la información en relación con mis ingresos, cantidad de miembros de la familia y activos es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma: __

Fecha: __

Testigo: __

Fecha: __

CERTIFICACIONES

- __ A. Tengo (n.º) __ hijos menores de edad.
- __ B. Soy: Soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, separado/a y no tengo vinculación financiera con mi cónyuge.
- __ C. No recibo manutención de menores/pensión alimentaria de mi anterior cónyuge/otra persona.
Firma: __
- __ D. Certifico que no he tenido ingresos del: __ / __ / __ al __ / __ / __ .
Firma: __
- __ E. En el momento de recibir el servicio, estaba __ desempleado/a o __ empleado/a por: __
Fecha de contratación: __ / __ / __ Recibía \$ __ por semana, cada dos semanas, por mes, por año.
Otros ingresos recibidos de __ \$ por semana, cada dos semanas, por mes, por año.
- __ F. Certifico que no tengo activos.
Firma: __
- __ G. Certifico que soy una persona sin hogar desde el __ / __ / __ . Ocasionalmente me quedo/no me quedo en un refugio local.
Tengo/no tengo identificación.
Nombre/dirección del refugio: __

Firma: __
- __ H. Certifico que no presenté ninguna declaración impositiva para el año __ debido a que __ .

- __ L. No soy residente del estado de Nueva Jersey. Me admitieron en el hospital en circunstancias de emergencia.
Firma: __
- __ M. Presento esta declaración jurada para solicitar atención médica de beneficencia.
Firma: __

Comprendo que la información que presenté está sujeta a su verificación por parte de Atlantic Rehabilitation Institute, LLC y los gobiernos federal o estatal. La tergiversación voluntaria de estos hechos anulará el derecho del hospital a recibir reembolso por cargos no cubiertos por una compañía de seguros externa. Si Atlantic Rehabilitation Institute lo solicita, presentaré una solicitud para ayuda del gobierno u otra ayuda médica para el pago de la factura del hospital si cumpla los requisitos para recibir ayuda. Certifico que la información en relación con mis ingresos, cantidad de miembros de la familia y activos es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma: __

Fecha: __

Testigo: __

Fecha: __

__ J. He residido en __

Por mi cuenta/con __

__ K. Soy residente del estado de Nueva Jersey desde __. No tengo residencia en ningún otro estado o país y tengo intenciones claras de continuar mi residencia en Nueva Jersey.

Firma: __

__ L. No soy residente del estado de Nueva Jersey. Me admitieron en el hospital en circunstancias de emergencia.

Firma: __

__ M. Presento esta declaración jurada para solicitar atención médica de beneficencia.

Firma: __

Comprendo que la información que presenté está sujeta a su verificación por parte de Atlantic Rehabilitation Institute, LLC y los gobiernos federal o estatal. La tergiversación voluntaria de estos hechos anulará el derecho del hospital a recibir reembolso por cargos no cubiertos por una compañía de seguros externa. Si Atlantic Rehabilitation Institute lo solicita, presentaré una solicitud para ayuda del gobierno u otra ayuda médica para el pago de la factura del hospital si cumpla los requisitos para recibir ayuda. Certifiqué que la información en relación con mis ingresos, cantidad de miembros de la familia y activos es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma: __

Fecha: __

Testigo: __

Fecha: __