

Hunterdon Medical Center  
 Programa de ayuda para los  
 Cuidados Hospitalarios de New Jersey  
 Hoja de datos para la participación

**Sección I- Información Personal**

1. Patient Name/ Nombre del paciente \_\_\_\_\_ 2. Social Security Number/numero del seguro social \_\_\_\_\_  
 Last/primer apellido first/primer nombre

3. Date of application/fecha de la aplicación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Initial date of service/fecha en que vio al medico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Location of Initial date of service/Lugar en que vio al medico \_\_\_\_\_

4. Mailing address of patient/ Domicilio del paciente \_\_\_\_\_  
 Street/calle town/pueblo State/Estado Zip Code Codigo postal

5. Telephone Number/Teléfono (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 6. Proof. of NJ Residency/ Prueba de domicilio  
 Yes/Si  No

7. Family size/numero de miembros en la familia\* \_\_\_\_\_

8. Family members & dates of birth (MM/DD/YY) miembros de la familia y fechas de nacimiento  
 9. Do you have tiene:  
 Medicare  Yes/Si  No  
 Insurance/seguro  Yes/Si  No  
 Medicaid  Yes/Si  No  
 Kid/familyCare  Yes/Si  No

10. Name of Guarantor(if other than patient)/nombre del garante( si no es el paciente) \_\_\_\_\_

**Seccion II – Criterio de los bienes**

11. Assets include/ bienes incluyen:

A. Cash/dinero efectivo	A. \$ _____
B. Savings Accounts/cuentas de ahorro	B. \$ _____
C. Checking Accounts/cuentas de cheque	C. \$ _____
D. Certificates of deposit/certificados de deposito/I.R.A	D. \$ _____
E. Equity in Real Estate/capital propia en propiedades	E. \$ _____
F. Other assets/otras propiedades	F. \$ _____
G. Total assets/total en propiedades	G. \$ _____

\*El numero de miembros de la familia incluye a usted mismo, su esposo(a) y los hijos menores de edad. Una mujer embarazada se cuenta como dos miembros de la familia.

Cuando se determina la elegibilidad, las ganancias y las propiedades de la esposa(o) deben ser utilizadas como las ganancias de un adulto y las ganancias de los padres como las de un menor. La prueba de sus ingresos debe adjuntarse con esta aplicación. Los ingresos se basan en el cálculo de ya sea 12 meses, 3 meses o un mes de ingresos anterior a la fecha de los servicios recibidos.

For office use Only /para uso de la oficina

Last 12 Months	Last 3 Months X4	Last 1 Month X12
----------------	---------------------	---------------------

12. Fuentes de Ingresos	Amount Cantidad	weekly semanal	bi-weekly semana por medio	monthly mensual
A. Salary salario (antes de las deducciones)	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Public Assistance asistencia pública	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Social Security benefits Beneficios del seguro social	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Unemployment & Workers Compensation Desempleo y seguro de compensación	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Veteran's benefits benefios de veterano	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimony/Child Support Pensión esposa/pensión niños	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Other monetary support Otra ayuda financiera	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pension payments pagos de pensión	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Insurance or annuity payments Seguro o pagos anuales	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividends/Interest Dividendos/interés	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Rental Income ingresos por rentas	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Net Business Income (self employed) Ganancias netas de su negocio	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Other otros	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Seccion IV- Certificacion del aplicante**

Entiendo que la información proporcionada será verificada por las autoridades pertinentes del hospital y el gobierno Federal o Estatal. Proporcionar información falsa me hará responsable por todos los cargos del hospital y a recibir multas civiles.

Si el hospital lo requiere, aplicaré para recibir ayuda del gobierno o privada para pagar las facturas del hospital.  
 Autorizo al Hunterdon Medical Center a contactar a mi empleador para verificar mi salario bruto y el tiempo en el empleo.  
 Autorizo al Hunterdon Medical Center a contactar al departamento de servicios sociales de mi Condado para determinar si mi familia cualifica para cualquier beneficio.

Certifico que la información relacionada con el el numero de miembros en mi familia, ingresos, y propiedades es verdadera y correcta.

Entiendo que es mi responsabilidad avisar al hospital sobre cualquier cambio en el estado relacionado con mis ingresos y propiedades.

13. \_\_\_\_\_  
 Signature of Patient or Guarantor/firma del paciente o garante

14. Date \_\_\_\_\_  
 fecha

I attest that I have no medical insurance, Medicare, Medicaid, or NJ familyCare through myself or any other party to cover any portion of my medical bills

Doy fe que no tengo seguro medico, Medicare, Medicaid o NJ FamilyCare a través de mi persona u otra persona para cubrir cualquier porción de mis facturas médicas.

\_\_\_\_\_  
Patient responsible Party /Paciente/persona responsable

\_\_\_\_\_  
(Relationship/Relacion)

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

I do have medical coverage, Medicare, Medicaid or NJ FamilyCare and have included all information needed to submit bills to submit insurance. (Either photo copy of insurance ID card or insurance company's name & our ID number given below.)

Tengo cobertura médica, Medicare, Medicaid, o NJ FamilyCare y he incluido la información necesaria para mandar las facturas a mi seguro. (Ya sea la copia de la tarjeta de identificación del seguro o el nombre de la compañía de seguro y su número de identificación escritos más abajo)

\_\_\_\_\_  
Patient responsible Party /Paciente/persona responsable

\_\_\_\_\_  
(Relationship/Relacion)

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha