

CAPE REGIONAL MEDICAL CENTER  
ATENCIÓN NO COMPENSADA O CARGA REDUCIDA APLICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_ FECHA DE SERVICIO \_\_/\_\_/\_\_

Para poder procesar su solicitud de cuidado no remunerado o cuidado de carga reducida, será necesario para que le proporcione el hospital con copias de la siguiente información:

- \_\_\_\_\_ Prueba de ingresos brutos 4 semanas antes de la fecha de servicio. (Pg. 2)  
(\_\_/\_\_/\_\_ to \_\_/\_\_/\_\_) **(Si no hay ingresos, póngase en contacto con esta Oficina tan pronto como sea posible) Si por cuenta propia debe tener pérdidas y ganancias durante 13 semanas antes de la fecha de servicio.**
  
- \_\_\_\_\_ Prueba de activos líquidos de (\_\_/\_\_/\_\_ to \_\_/\_\_/\_\_) (Pg. 2)  
Todos los documentos presentados (Banco impresiones) deben estar en el membrete o estampilla y firmado por el cajero del Banco. Se entregarán todas las páginas del extracto bancario. **(NO HAY EXCEPCIONES A ESTA REGLA)**
  
- \_\_\_\_\_ Denegación de Medicaid **(si es menor de 19, más de 65, embarazadas, discapacitados o sin ingresos)** (Pg. 3)
  
- \_\_\_\_\_ Copia de identificación (\_\_\_\_\_). También se entregarán copias de tarjetas de seguro para todos los miembros de la familia. (Pg. 2)
  
- \_\_\_\_\_ Prueba de residencia a partir de la fecha de servicio (\_\_/\_\_/\_\_). (Pg. 2)
  
- \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Cuando haya completado la solicitud, por favor, devuélvalo con la documentación requerida:

Cape Regional Medical Center  
2 Stone Harbor Blvd  
Cape May Court House, NJ 08210  
Attn: Financial Counseling Department

Para obtener ayuda con la aplicación, por favor llame a:

(609) 463-2441  
(609) 463-2247  
Fax (609) 463-2442

**\* APLICACIONES NO SERÁ APROBADAS SIN DOCUMENTACIÓN ADECUADA \***  
Consulte la página correspondiente para Descripción completa.

## CAPE REGIONAL MEDICAL CENTER

### IDENTIFICACIÓN

Documentación de identificación puede incluir, pero no se limita a una licencia de conducir, tarjeta de registro del votante y tarjeta de registro extranjero, un certificado de nacimiento y tarjetas de identificación, una tarjeta de afiliación sindical, seguros o cuidado de identificación de plan de bienestar o una tarjeta de Seguridad Social.

### PRUEBA DE RESIDENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE SERVICIO

Pautas de cuidado de caridad de New Jersey requieren que un paciente sea residente del estado de Nueva Jersey a partir de la fecha del servicio. Prueba adecuada de residencia de Nueva Jersey incluye los siguientes elementos: cualquiera de la identificación mencionados que contiene la dirección del solicitante, una copia de una escritura o contrato de arrendamiento de una propiedad en Nueva Jersey y el artículo de correo enviado a la paciente en la dirección de Nueva Jersey, además de una certificación de que el solicitante residió en Nueva Jersey a partir de la fecha de servicio, o una carta de los residentes de Nueva Jersey con quien vive el solicitante indicando que el solicitante reside con él.

### PRUEBA DE INGRESOS BRUTOS (**DE FAMILIA**)

Esbozos de paga 4 semanas antes de la fecha de servicio – si no disponibles, carta del empleador en bruto semanal de patronal membrete indicando los salarios durante las 4 semanas antes de la fecha de servicio. (**Si sin membrete, empleador debe firmar y verificar la Carta de nómina o copia impresa.**) Si por cuenta propia una declaración de pérdidas y ganancias por un contable se requiere para el trimestre antes del servicio.

Soporte de prueba de niño, pensión alimenticia, etc., de las 4 semanas antes de la fecha de servicio. Declaración de impuestos para el año anterior, junto con todos los documentos utilizados para presentar declaración. Prueba de la Seguridad Social, pensiones, desempleo, etc. para las 4 semanas antes de la fecha de servicio. (**Si utiliza extractos bancarios como comprobante de ingresos de pensión o beneficios de SSI necesitaremos 3 meses de Estados de cuenta bancarios**).

Si usted no tiene ingresos, deberá solicitar asistencia pública con la agencia apropiada. Por favor llame a esta Oficina tan pronto como sea posible.

### PRUEBA DE ACTIVOS (**POR FAMILIA**) (**INDIVIDUOS \$7500 / FAMILIA \$15000 MAX**)

Comprobando la cuenta o cuentas de ahorro con el saldo en la fecha de servicio, deben presentarse todas las páginas. (**O una salida de impresión del Banco con membrete del Banco mostrando actividad durante los 30 días antes de la fecha de servicio y el saldo a la fecha de servicio**).

Certificado de depósito, IRA, letras del Tesoro, Comporte acciones y bonos y equidad en bienes raíces, que no sea la residencia principal del paciente, son considerados como activos líquidos. Documentación debe proporcionarse a partir de la fecha del servicio.

CAPE REGIONAL MEDICAL CENTER

Carta de denegación de Bonds asistencia pública agencias (**si tienes sin ingresos para una sola persona o una familia de bajos ingresos**)

USTED DEBE PRESENTAR COPIAS DE TARJETAS DE SEGURO PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. (**DELANTERO Y TRASERO DEBEN SER ENVIADO**)

NO ASISTENCIA SE DARÁ SIN LA DOCUMENTACIÓN APROPIADA

Es muy importante que haber enviado la información solicitada junto con su aplicación. Tienes hasta 1 año desde la fecha de servicio a aplicar. Si usted tiene preguntas, por favor llame el Departamento de consejería financiera al (609) 463 2441 o al (609) 463 2247.

PREGUNTAS DE CUIDADO DE CARIDAD PARA PACIENTE

¿Es cualquier miembro de la familia cubierto por el seguro? ..... Sí/No

**(En caso afirmativo, la solicitud debe incluir copias de tarjetas)**

¿Es usted un residente de NJ? ..... Sí/No

¿Es usted ciudadano americano?..... Sí/No

¿Está embarazada? ...(Por favor aplique para Jersey Care/Medicaid)..... Sí/No

¿Menores de 19 años o mayores de 65 años?..... Sí/No

**(En caso afirmativo, usted debe solicitar Medicaid)**

Presentó por incapacidad de Seguridad Social?..... Sí/No

**(En caso afirmativo, en qué fecha hizo usted archivo \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)**

Se ha declarado inválidos por la Seguridad Social?..... Sí/No

**(Si sí, usted debe proveernos con una denegación de Medicaid)**

¿Ha solicitado para el cuidado de la familia?..... Sí/No

**(En caso afirmativo, qué fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_. ¿Has oído hablar de ellos todavía?\_\_\_\_\_)**

¿Cuál fue el resultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Por favor incluya toda la correspondencia)**

Si estás soltero, entre las edades de 19 y 65, sin ingresos o dependientes, usted debe solicitar asistencia General, si usted no es elegible por favor presentar una carta en ese sentido desde su oficina.

**POR FAVOR MARE QUE TODAS LAS COPIAS SON CLARAS Y LEGIBLES.**

# CAPE REGIONAL MEDICAL CENTER

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE Sí o no

## LOS MIEMBROS DE FAMILIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE Sí o no

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE Sí o no

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE Sí o no

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE Sí o no

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE Sí o no

**Nota: los miembros de la familia pertenecen exclusivamente a usted. Si usted está casado, su cónyuge e hijos dependientes son miembros de su familia. Si no están casados, pero tiene dependientes niños por favor enumerarlos. Si estás soltero sin dependientes, sólo estaría lista usted mismo. Si el paciente es un niño, entonces los padres y hermanos se numerarán. Si usted es un tutor, por favor lista de niño y acreditar.**

## CAPE REGIONAL MEDICAL CENTER

Favor enviar documentación de los siguientes ingresos y bienes para el hogar todo para 4 semanas antes de la fecha de servicio. (Excepto ajena ver página 2) Si el solicitante es menor de edad, debe proporcionarse el ingreso de ambos padres.

FUENTE DE INGRESOS	FECHA	CANTIDAD
Salarios antes de deducciones (Talones o carta del empleador)	____/____/____	_____
Asistencia pública	____/____/____	_____
Prestaciones de seguridad social	____/____/____	_____
Desempleo y Comp del trabajador	____/____/____	_____
Beneficios de la huelga de los fondos De la Unión	____/____/____	_____
Beneficios para veteranos	____/____/____	_____
Becas de formación	____/____/____	_____
Pensión alimenticia	____/____/____	_____
Manutención de menores	____/____/____	_____
Fondos de asignación militar	____/____/____	_____
Suporte regular de un ausente Miembro de la familia	____/____/____	_____
Pagos de pensiones	____/____/____	_____
Seguros y pagos de anualidad	____/____/____	_____
Renta de haciendas y fideicomisos	____/____/____	_____
Dividendos	____/____/____	_____
Ingresos por intereses	____/____/____	_____
Ingresos de alquiler	____/____/____	_____
Regalías	____/____/____	_____
Otros	____/____/____	_____
 <b>ACTIVOS LÍQUIDOS</b>		
Efectivo	____/____/____	_____
Cuentas de ahorro	____/____/____	_____
Cuentas de cheques	____/____/____	_____
Certificado de depósito	____/____/____	_____
Letras del Tesoro	____/____/____	_____
Documento negociable	____/____/____	_____
Acciones y bonos corporativos	____/____/____	_____
Equidad de bienes raíces (aparte de la residencia principal)	____/____/____	_____
IRA's	____/____/____	_____
Otros activos líquidos	____/____/____	_____

## DECLARACIÓN DE PACIENTE

PACIENTE O SOLICITANTE DEBE FIRMAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES QUE SEAN APLICABLES:

1. Testifico que no tiene ingresos y que no han tenido ningún ingreso desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

2. Testifico que no hay cuentas bancarias u otros medios de activos líquidos, a través de mí o cualquier otra parte.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

3. Atestiguo que estoy sin hogar y que han estado sin hogar desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

4. Yo entiendo antes de que yo recibir Charity Care, necesito carta que me negaron Medicaid para mis hijos, ellos no serán protegidos debajo este programa..

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

5. To afirmo de que estos servicios no tienen relación con vehículos de motor o compensación de trabajares.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

6. Yo afirmo de que no tengo seguro de salud o médico para mí o por otra persona para poder pagar las deudas de este servicio. Yo no tengo razón de enjuiciar a nadie, ahora o en el futuro por la compensación de estos servicios.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

7. Yo afirmo de que toda esta información que yo he mencionado es la verdad, que es completo y correcta y es lo mejor de lo que yo sé y recuerdo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

INTERVIEWER SIGNATURE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE ESPOSO/A

ESPOSO O ESPOSA DEBE FIRMAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES QUE SEAN APLICABLES

1. Testifico que no tiene ingresos y que no han tenido ningún ingreso desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relacion) (Fecha)

2. Testifico que no hay cuentas bancarias u otros medios de activos líquidos, a través de mí o cualquier otra parte .

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relacion) (Fecha)

3. Atestiguo que estoy sin hogar y que han estado sin hogar desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relacion) (Fecha)

4. Yo entiendo que, antes de que yo reciba en escrito, el desapruueba del Medicaid para Mis niños ellos no serán protegidos debajo este programa.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Relacion) (Fecha)

5. To afirmó de que estos servicios no tienen relación con accidenté do vehículos de motor o compensación de trabajados.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relacion) (Fecha)

6. Yo afirmo de que no tengo seguro de salud o médico para mí o por otra persona para poder pagar las deudas de este servicio. Yo no tengo razón de enjuiciar a nadie, ahora o en el futuro por l la compensación de estos servicios.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relacion) (Fecha)

7. Yo afirmo de que toda esta información qué yo he mencionado es la verdad, que es complete y correcta y es lo mejor de lo que yo sé y recuerdo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma) (Relación) (Fecha)

INTERVIEWER SIGNATURE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(SURVIVAL LETTER)  
CARTA DE SUPERVIVENCIA

A QUIEN LE CONCERNA: (To whom it may concern)

Yo, \_\_\_\_\_ afirma que yo proveído con el alojamiento  
(nombre  
necesario, y otras ayudas esenciales de vida para \_\_\_\_\_ a  
(nombre de paciente)

Mi residencia \_\_\_\_\_  
(Dirección)

desde \_\_\_\_\_.  
(fecha)

Mi relación con el paciente nobrado arriba es: \_\_\_\_\_.  
(Relación)

Yo entiendo que no estoy obligado con algún balancea o deuda del hospital o otras  
deudas relacionada con el tratamiento médico de \_\_\_\_\_.  
(nombre de paciente)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



A QUIEN LE CONCERNA:

Yo, \_\_\_\_\_, Afirmó que he sido un residente de  
Del Esato de New Jersey desde \_\_\_\_\_.

Yo resido en: \_\_\_\_\_

Y intentó vivir y permanecer aquí.

Gracias,

X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION FOR INFORMATION**

**ACCOUNT#** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Soc Sec no:** \_\_\_\_\_

I do hereby authorize and request disclosure to Cape Regional Medical Center any information from the Social Security Administration or any other source that may be desired concerning my age, residence, citizenship, employment, income, resources (assets), bank accounts and any Social Security benefits. It is understood that the information obtained will only be used for the purposes directly related to my eligibility for the New Jersey Hospital Care Assistance Program or New Jersey Medicaid.

Por la presente autorizo y solicito divulgación a Cape Regional Medical Center cualquier información de la administración del Seguro Social, o cualquier otra fuente que se desee acerca de mi edad, residencia, ciudadanía, empleo, ingresos, recursos de activos, banco cuentas, y cualquier otro Seguro Social beneficios. Se entiende que la información obtenida sólo se usará para los propósitos directamente relacionados con mi elegibilidad para el programa de asistencia de atención hospitalaria de New Jersey o para Medicaid de New Jersey.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Spouse

\_\_\_\_\_  
Date witnessed or rec'd

\_\_\_\_\_  
Cape Regional Medical Center

**Two Stone Harbor Boulevard, Cape May Court House, New Jersey 08210 (609) 463-2000**