

**SOLICITAÇÃO PARA TRATAMENTO NÃO REMUNERADO**

Nome do Paciente (Sobrenome, Nome, Meio) Número do Seguro Social Data de Nasc.

End Postal Cidade Estado Zip

Tel Resid # Celular #

|  |
| --- |
| Empregador Nome e Endereço Tel Comercial nº ( ) **LISTE OUTRAS FONTES DE RENDA ABAIXO TOTAL RENDA FAMILIAR BRUTA**  |
| Assistência Social$ | Desemprego/Deficiência$ | Mês anterior/ 4 semanas x 13 $ | Últimos 3 meses$ | Últimos 12 meses$ |
| Seguro Social$ | Indenização trabalhista$ | Renda Anual Total$ | Membros da família \_\_\_\_Relacione familiares diretos e datas de nascimento  |
| Pensão$ | Pensão alimentícia/filhos$  |  |
| Renda de aluguel$ | Relacione qualquer outra renda $  |  |

**RELACIONE TODAS AS PROPRIEDADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Conta de poupança$ | Conta corrente$ | Pagtos. mensais/Bolsas de estudo/Concessões$ | Depósitos diretos para Cartões de Débito pré-pagos$ |
| Contas de aposentadoria ou Plano de previdência$ | Ações/Títulos/Obrigações$ | Outras propriedades$ | Total de propriedades$ |

Decididamente inelegível para Medicaid \_\_\_\_\_\_\_ Alta Renda \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estrangeiro inelegível \_\_\_\_\_\_\_ Não Inválido \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Não conformidade com Medicaid

Valor do imóvel nos EUA ou em outro país (se não residência familiar onde você mora) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prestadora de Seguro de Saúde Política nº Grupo nº

Seguro Endereço Cidade Estado Zip

Valor da Fatura paga pelo Seguro Valor NÃO pago pelo Seguro **Data do Serviço**

Eu certifico que as informações acima são verdadeiras e precisas até onde vai meu conhecimento. Além disso, vou solicitar todos os auxílios (Medicaid, Medicare, Seguro, etc.) disponíveis para pagamento de minhas despesas hospitalares e tomarei qualquer medida razoavelmente necessária para obter tal auxílio e irei designar ou pagar ao **Hackensack Meridian Health** o valor recuperado para as despesas hospitalares. Eu entendo que é minha obrigação fornecer ao hospital prova da resolução da Medicaid. Eu entendo que esta solicitação é feita para que o hospital possa julgar minha qualificação para serviços não remunerados segundo o Programa de Tratamento não Remunerado do Departamento de Saúde do Estado. Com base nos critérios estabelecidos em arquivo no hospital, se qualquer informação que eu tenha fornecido se revele inverídica, eu entendo que o hospital poderá reavaliar minha situação financeira e tomar as medidas que julgar apropriadas.

**X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** A**ssinatura do Solicitante**

 **DO NÃO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA (PARA USO EXCLUSIVO DO ESCRITÓRIO)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DETERMINAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO**

Data receb solicitação Renda verificada \_\_\_\_Solicitação aprovada \_\_\_\_ Verif Renda Pendente\_\_\_ Sim \_\_\_ Não \_\_\_\_ Medicaid Pendente \_\_\_\_ Propriedades Pendente

Solicitação Negada: **\_\_\_\_\_\_\_\_** MOTIVO:

Percentual de Qualificação **\_\_\_\_\_\_\_\_%** Assinatura da Pessoa que tomou a decisão Data:

**OBS.: SE A SOLICITAÇÃO FOR NEGADA VOCÊ PODE SOLICITAR NOVAMENTE PARA SERVIÇOS FUTUROS**



Paciente Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conta nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C E R T I F I C A Ç Õ E S**

\_\_\_A. Eu certifico que não tenho cobertura de saúde disponível para cobrir o custo desse serviço.

\_\_\_B. Circule o estado civil: solteiro, casado, divorciado, viúvo Eu tenho (nº) \_\_\_\_ crianças menores

\_\_\_ C. Eu certifico que sou casado e separado e não tenho ligações financeiras com meu cônjuge desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ D. Eu certifico que não recebo nenhuma pensão alimentícia de meu ex-cônjuge.

 Assinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ E. Eu certifico que não tive nenhuma renda desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_ F. No momento do atendimento eu estava empregado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data da contratação:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Minha renda bruta era de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semanal/Quinzenal/Mensal/Anual

 Eu recebia outra renda de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semanal/Quinzenal/Mensal/Anual

\_\_\_ G. Eu certifico que declarei/não declarei o Imposto de Renda do ano de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se não, informe o
motivo para não declarar:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ H. Eu certifico que não tenho nenhum tipo de propriedade.

Assinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Página 1

\_\_\_ I. Eu certifico que resido em (Endereço) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu moro sozinho ou com \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ J. Eu certifico que sou residente do Estado de New Jersey desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Eu não tenho residência em nenhum outro estado ou país e tenho toda a intenção de continuar residindo em New Jersey.

\_\_\_ K. Eu atesto que sou sem-teto desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Ocasionalmente eu fico / não fico em um abrigo local.

Nome/Endereço do Abrigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Eu tenho / eu não tenho identidade.

Assinado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ L. Estou fazendo esta Declaração para solicitar Atendimento Beneficente.

**Eu entendo que as informações, que apresentei, estão sujeitas à verificação pelo Hackensack Meridian Health e pelos Governos Federal e Estadual**. **A adulteração voluntária desses fatos irá anular esta solicitação para Atendimento Beneficente e eu estarei sujeito e serei responsável por todos os custos e penalidades civis de acordo com a N.J.S.A 26:2H-18.63.**

Se assim solicitado pelo Hackensack Meridian Health, irei solicitar auxílio médico do governo ou outros para pagamento da conta do hospital se eu me qualificar para o auxílio.

**Eu certifico que as informações relativas à minha renda, número de membros da família e propriedades são verdadeiras e precisas até a extensão máxima do meu conhecimento.**

 Assinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Paciente / Cônjuge / Pais / Responsável

 Testemunha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Página 2