



Solicitud de asistencia financiera – Página 1

Nombre del solicitante (paciente):	Fecha de solicitud:
<small>(Apellido)</small>	<small>(Nombre)</small>

Dirección:	Teléfono:
<small>Calle, Habitación Ciudad Estado Código Postal</small>	

CIUDADANÍA (necesario solo para LOA de NJ): Ciudadano de EE. UU. Tarjeta verde (se necesita fecha de entrada) No ciudadano de EE. UU.	Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
--	---

Integrantes de la familia – Incluya todos los dependientes incluyéndose usted	ORIGEN ÉTNICO: Blanco
Afroamericano Hispánico Otro	

#	Apellido, nombre	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	RAZA	NACIONALIDAD (NJ LOA)	ESTADO CIVIL	Relación con el paciente
1.							Paciente
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Ingresos del hogar										
Miembro del hogar que recibe ingresos (Incluyendo niños)	Nombre del empleador <small>• Independiente escriba "Independiente" • Propietario escriba "Propietario"</small>	Tiempo completo o parcial		Frecuencia del pago (seleccione una casilla)					Ingreso bruto por periodo de pago	
		TC	TP	Semana l	Quincenal	Mensua l	Semi-mensual	Annual		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

¿Usted u otro miembro de su hogar reciben ingresos de cualquier otra fuente?	\$	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semi-mensual <input type="checkbox"/> anual
--	----	---

Ingresos totales anuales del hogar	\$
---	----

¿Alguien en su hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí – Fecha esperada: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> No
--

¿Tiene alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NJ Family Care <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro de Travelers:
	Si lo tiene, ¿cubre odontología? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vigencia: / /

Certifico que la anterior información del tamaño de la familia e ingresos es correcta. Se requieren copias de la identificación, declaraciones de ingresos, recibos de pago de nómina y demás información que compruebe los ingresos de cada miembro de la familia, y prueba de la residencia, antes de aprobar el descuento. Comprendo que, con base en la anterior información, puede que no sea elegible para asistencia financiera. Comprendo que yo debo hacer seguimiento para calificar para asistencia financiera. Si no soy elegible para asistencia financiera, comprendo que seré responsable por el saldo de mis cuentas. Tenga en cuenta que los costos directos, como dispositivos intrauterinos y fármacos pueden no ser cubiertos por la tarifa escalonada.

Nombre en letra imprenta del paciente o guardián	Firma del paciente o guardián	Fecha
---	--------------------------------------	--------------

-- PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE --			
Paciente aprobado para:	<input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C <input type="checkbox"/> Plan D <input type="checkbox"/> Plan E <input type="checkbox"/> Plan F (NJ LOA)		
Aprobado y verificado por (letra de imprenta)	Firma del personal	Fecha	Válido hasta



Solicitud de asistencia financiera – Página 2

Fecha: / / _____
 Apellido del paciente _____ Nombre del paciente _____

Sección I: Toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad

Ingreso familiar anual \$ _____

Ingreso familiar mensual (Dividir el anual por 12) \$ _____

Nivel de escala	A	B	C	D	E	F**	G
Salud del comportamiento	\$ 30.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	\$ 100.00	\$115.00
Médica	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
Podología	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
Salud de la Mujer	\$ 25.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
Servicios especializados*	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
Nutrición	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%	100%
Radiología	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%	100%
Mamografía	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
Odontología	\$ 49.00	40%	50%	55%	60%	75%	100%
Tarifa de dispensación en farmacia	\$ 2.00	\$ 4.00	\$ 6.00	\$ 8.00	\$ 10.00	100%	100%

Nivel de escala	A	B	C	D	E	F**	G
Nivel de pobreza 2022	100%	125%	150%	175%	200%	250%	more

Tamaño de la familia	Ingreso Maximo anual						
1	13,590	16,988	20,385	23,783	27,180	33,975	33,976
2	18,310	22,888	27,465	32,043	36,620	45,775	45,776
3	23,030	28,788	34,545	40,303	46,060	57,575	57,576
4	27,750	34,688	41,625	48,563	55,500	69,375	69,376
5	32,470	40,588	48,705	56,823	64,940	81,175	81,176
6	37,190	46,488	55,785	65,083	74,380	92,975	92,976
7	41,910	52,388	62,865	73,343	83,820	104,775	104,776
8	46,630	58,288	69,945	81,603	93,260	116,575	116,576
9	51,350	64,188	77,025	89,863	102,700	128,375	128,376
10	56,070	70,088	84,105	98,123	112,140	140,175	140,176
11	60,790	75,988	91,185	106,383	121,580	151,975	151,976
12	65,510	81,888	98,265	114,643	131,020	163,775	163,776
13	70,230	87,788	105,345	122,903	140,460	175,575	175,576
14	74,950	93,688	112,425	131,163	149,900	187,375	187,376
Cada persona	\$4,720.00	\$5,900.00	\$7,080.00	\$8,260.00	\$9,440.00	\$11,800.00	

* En los anteriores costos no incluyen los costos directos de fármacos y dispositivos intrauterinos, serán responsabilidad del paciente

** El programa de descuento de NJ Aid para niveles de ingresos de 200 % a 250 % solo está disponible para residentes de NJ.

Firma del paciente o guardián: _____ Fecha _____

Firma del personal de CHEMED: _____ Fecha _____