



CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

PROPORCIONE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PARA COMPLETAR SU SOLICITUD:

1. IDENTIFICACIÓN

Las siguientes formas de identificación son aceptables:

- Licencia de conducción con foto válida
- Certificado de nacimiento de todos los miembros de la familia
- Tarjetas de seguridad social de todos los miembros de la familia
- Tarjeta de registro de extranjero, tarjeta verde (la fecha de entrada debe ser legible)
- Pasaporte válido
- Identificación de empleado con foto
- Tarjeta de identificación de asistencia pública

****Proporcione una forma de identificación para cada una de las personas incluidas en la solicitud**

****Si está casado legalmente, proporcione su certificado de matrimonio si la identificación y los documentos tienen nombres diferentes**

2. PRUEBA DE INGRESOS

Las siguientes formas de pruebas de ingreso son aceptables:

- Recibos de nómina actuales (últimas 4 semanas de salario)
- Recibos de pago de desempleo (últimos dos recibos o carta de adjudicación)
- Derecho de seguridad social - discapacidad de seguridad social
- Declaración del empleador con fecha de contratación, horas trabajadas e ingresos brutos
- Independiente: Declaración de renta del periodo más reciente. Pueden ser necesarias otras pruebas de ingresos
- Sin ingresos: Proporcione una "carta de apoyo". La carta debe contener el nombre y dirección de la persona responsable de proporcionarle sus necesidades básicas, incluido el alquiler, alojamiento y alimentación. También requerimos la identificación de la persona que escribe la carta de apoyo.

3. ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA PÚBLICA

- Prueba de denegación de Medicaid
- Para los niños hasta los 18 años, los padres deben solicitar Jersey Care. Se debe suministrar una prueba de la solicitud y de su estado (pendiente o denegada).
- Si no está trabajando debe ir a la oficina para los servicios sociales (Asistencia general) para conocer si califica para alguno de los programas. Si le informan que no califica para asistencia general, debe obtener una carta de denegación para entregárnosla.

4. PRUEBA DE RESIDENCIA

- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, agua o teléfono a su nombre, de un mes antes de la fecha del servicio)
- Correspondencia recibida actualmente (fecha de envío), etc.
- Carta de la persona con quien vive declarando el tiempo de permanencia en la dirección actual y su factura de servicios públicos.

5. SEGUROS MÉDICOS

- Tarjeta del seguro (para planes odontológicos y altamente deducibles)



CHEMED

CENTER FOR HEALTH EDUCATION MEDICINE & DENTISTRY

Solicitud de asistencia médica - Página 1

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| Nombre del solicitante (paciente): | | Fecha de solicitud: | |
| <small>(Apellido) (Nombre)</small> | | | |
| Dirección: | | Teléfono: | |
| <small>Dirección, Suite Ciudad Estado Código ZIP</small> | | | |

NACIONALIDAD: Ciudadano de EE. UU.: Tarjeta verde (necesita la fecha de entrada) No ciudadano de EE. UU. **Estado civil:** Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Tamaño de la familia: Incluya todos los dependientes incluyéndose usted **ORIGEN ÉTNICO:** Blanco Afroamericano Hispano Otro

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

| Miembro del hogar que recibe ingresos (Incluidos los niños) | Nombre del empleador • Independiente escriba "Independiente" • Propietario escriba "Propietario" | Tiempo completo o parcial | | Frecuencia del pago (seleccione una casilla) | | | | | Ingreso bruto por periodo de pago |
|---|--|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | | TC | TP | Semanal | Quincenal | Mensual | Semimensual | Anual | |
| | | <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 recibe ingresos de cualquier otra fuente? \$ semanal quincenal mensual semimensual anual

Ingresos totales anuales del hogar \$

¿En su hogar hay alguien embarazada? Sí - Fecha prevista del parto: __/__/____ No

¿Tiene alguno de estos? Seguro privado Medicaid Family Care de NJ Medicare Seguro de Travelers:
Si lo tiene, ¿cubre odontología? Sí No Fecha de entrada en 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.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE LAS VACUNAS Y EL TRABAJO DE LABORATORIO NO ESTÁN CUBIERTAS POR LA TARIFA ESCALONADA. LAS TARIFAS DEL LABORATORIO ODONTOLÓGICO POR IMPLANTES PUEDEN LLEGAR A COSTAR \$600. LA TARIFA DE LABORATORIO NO ESTÁ INCLUIDA EN SU DESCUENTO

| | | |
|---|-------------------------------|--------------|
| 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 <input type="checkbox"/> Plan G | | |
| Aprobado y verificado por (letra de imprenta) | Firma del personal | Fecha |
| | | Válido hasta |



CHEMED

CENTER FOR HEALTH EDUCATION MEDICINE & DENTISTRY

COMPLETE ESTE FORMULARIO SI RECIBE ASISTENCIA FINANCIERA O PARA VIVIENDA

Este formulario debe ser firmado por el benefactor (proporcione la identificación)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

A quien pueda interesar:

Yo, (nombre del proveedor) _____ (relación con el paciente _____),

- Proporciono un apoyo mensual de \$ _____
- Proporciono a este paciente habitación y alimentación y en el momento no lo apoyo con dinero en efectivo. Él/ella está desempleado y no tiene una fuente de ingresos.

Mi dirección es: _____

Teléfono: _____

Por favor, tenga en cuenta que no soy responsable de pagar ningún gasto médico de este paciente.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del personal _____

Fecha: _____