

Solicitud de asistencia financiera – Página 1
Nombre del solicitante (paciente): _____ **Fecha de solicitud:** _____
(Apellido) (Nombre)
Dirección: _____ **Teléfono:** _____
Calle, Habitación Ciudad Estado Código Postal
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 • 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	Semi-mensual	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

¿Usted u otro miembro de su hogar reciben ingresos de cualquier otra fuente? \$ _____ semanal quincenal mensual semi-mensual anual

Ingresos totales anuales del hogar \$ _____

¿Alguien en su hogar está embarazada? Sí – Fecha esperada: ____ / ____ / ____ No

¿Tiene alguno de los siguientes? Seguro privado Medicaid NJ FamilyCare Medicare Seguro de Travelers: No
Si lo tiene, ¿cubre odontología? Sí 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	



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) \$ _____

Scale Level	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%
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 2021	100%	125%	150%	175%	200%	250%	more
Tamaño de la familia	Ingreso Maximo anual						
1	12,880	16,100	19,320	22,540	25,760	32,200	32,201
2	17,420	21,775	26,130	30,485	34,840	43,550	43,551
3	21,960	27,450	32,940	38,430	43,920	54,900	54,901
4	26,500	33,125	39,750	46,375	53,000	66,250	66,251
5	31,040	38,800	46,560	54,320	62,080	77,600	77,601
6	35,580	44,475	53,370	62,265	71,160	88,950	88,951
7	40,120	50,150	60,180	70,210	80,240	100,300	100,301
8	44,660	55,825	66,990	78,155	89,320	111,650	111,651
9	49,200	61,500	73,800	86,100	98,400	123,000	123,001
10	53,740	67,175	80,610	94,045	107,480	134,350	134,351
11	58,280	72,850	87,420	101,990	116,560	145,700	145,701
12	62,820	78,525	94,230	109,935	125,640	157,050	157,051
13	67,360	84,200	101,040	117,880	134,720	168,400	168,401
14	71,900	89,875	107,850	125,825	143,800	179,750	179,751
Cada persona	\$4,540.00	\$5,675.00	\$6,810.00	\$7,945.00	\$9,080.00	\$11,350.00	

* 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 _____