

**ST. JOSEPH'S HEALTHCARE SYSTEM  
703 MAIN STREET  
Paterson, NJ**

**SELF PAY FINANCIAL ASSISTANCE AFFIDAVIT**

Patient Name / Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ ECD/Account #: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Guarantor Name /Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Guarantor Telephone # / Teléfono #: \_\_\_\_\_

The above Patient does not have any medical insurance and his /her family gross income does not exceed 300% of the U.S. Department of Health and Human Services Federal Poverty Guideline noted below.

El paciente no tiene seguro médico y su ingreso bruto de su familia no supere el 300% del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. De acuerdo al guía Federal de Pobreza.

Patients with family gross income less 300% of the Federal Poverty Guidline should first apply for the New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program.

Los pacientes con ingreso bruto familiar de menos del 300% del nivel federal de pobreza deben primero solicitar el Programa de asistencia de hospitalizs de Nueva Jersey .

Please circle the appropriate family size.

Por favor circule el tamaño apropiado de la familia.

Family Size	Federal Poverty Guideline*	300% Federal Poverty Guidline
1	\$ 12,060	\$ 36,180
2	\$ 16,240	\$ 48,720
3	\$ 20,420	\$ 61,260
4	\$ 24,600	\$ 73,800
5	\$ 28,780	\$ 86,340
6	\$ 32,960	\$ 98,880
7	\$ 37,140	\$ 111,420
8	\$ 41,320	\$ 123,960

\*-Guidelines applicable to calendar year 2017

\*For families/households with more than 8 persons,add \$4,180 for each additional person

I certify that the above information is true and correct. I understand that willful misrepresentation of these facts will make me liable for all hospital charges and subject to civil penalties.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación deliberada de éstos hechos me hará responsable de todos los gastos del hospital y sujeto a sanciones civiles.

Please print name / Por favor escriba el nombre: \_\_\_\_\_ Relationship / Relacion: \_\_\_\_\_

Signature / Firma: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_



**ST. JOSEPH'S HEALTHCARE SYSTEM  
224 Hamburg Turnpike  
Wayne, New Jersey**

**SELF PAY FINANCIAL ASSISTANCE AFFIDAVIT**

Patient Name / Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ ECD/Account #: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Guarantor Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Guarantor Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Guarantor Telephone # / Teléfono #: \_\_\_\_\_

The above Patient does not have any medical insurance and his /her family gross income does

El paciente no tiene seguro médico y su ingreso bruto de su familia no supere el 300% del

Patients with family gross income less 300% of the Federal Poverty Guidline should first apply for

Los pacientes con ingreso bruto familiar de menos del 300% del nivel federal de pobreza deben

Please circle the appropriate family size.

Por favor circule el tamaño apropiado de la familia.

<u>Family Size</u>	<u>Federal Poverty Guideline*</u>	<u>300% Federal Poverty Guideline</u>
1	\$ 12,060	\$ 36,180
2	\$ 16,240	\$ 48,720
3	\$ 20,420	\$ 61,260
4	\$ 24,600	\$ 73,800
5	\$ 28,780	\$ 86,340
6	\$ 32,960	\$ 98,880
7	\$ 37,140	\$ 111,420
8	\$ 41,320	\$ 123,960

\*-Guidelines applicable to calendar year 2017

\*For families/households with more than 8 persons, add \$4,180 for each additional person

I certify that the above information is true and correct. I understand that willful misrepresentation

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación

Please print name / Por favor escriba el nombre: \_\_\_\_\_ Relationship / Relacion: \_\_\_\_\_

Signature / Firma: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_