



Eligibility Attestation
PHARMACY USE ONLY



APPLICANT NAME _____ DOB: _____

Part 1. Participant Income Information

- I hereby attest that my current estimated annual income from wages is \$_____
Additional income sources such as social security disability income, workers compensation benefits, dividends, interest, assistance from family, friends or charity, public assistance and/or food stamps, or other sources: \$_____
Those other sources of income are: _____
Income for all others living in my household during the same 12 month period \$_____
Number of individuals in household _____
Total income from wages and all other sources \$_____

Part 2. Insurance Information

I hereby attest that I am not covered by any form of prescription insurance, including Medicare, Medicaid, VA benefits, Indian Health Services or other coverage.

Part 3. Signature (Required)

I certify that all of the above information is true and accurate. I understand that this information is to be used to determine eligibility for the Dispensary of Hope and its related access sites. I will notify staff of any changes in employment, income or insurance prior to having additional prescriptions filled.

Applicant Signature: _____ Date: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

FOR PHARMACY USE ONLY: Please compare the Total income in Part 1 above with the 2019 Federal Poverty Guidelines Table below. Applicant must be at or below 200% of Federal Poverty Guidelines and either lack insurance or are covered under a plan with no prescription coverage. Patients with Medicaid, Medicare, VA benefits, Indian Health Services or other coverage are not eligible for Dispensary of Hope medication.

2019 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia
Effective 1/11/19

Table with 3 columns: Persons in family/household, Poverty guideline, 200% FPG. Rows 1-8 showing income thresholds. Includes a note for families with more than 8 persons.



Certificación de Elegibilidad
Uso Farmacia Unica



Nombre del solicitante: _____ Fec de Nac: _____

Parte 1. Información sobre la renta de ingresos

- Yo, la presente doy constancia de mis ingresos anuales son : \$ _____
- Ingresos adicionales como ingresos de seguro social por incapacidad, beneficio de compensación, dividendos, interés, asistencia de familia, amigos, o caridad, o asistencia pública y/o estampillas de comida, o otras fuentes: \$ _____
- Otros fuentes de ingresos: _____
- Ingresos de otras personas en su casa durante los 12 meses: \$ _____
- Número de personas que viven en su casa: _____
- **Ingresos total de su salario y otras fuentes:** \$ _____

Parte 2. Información de Seguros

Por la presente declaro que yo no estoy cubierto por ningún tipo de seguro de prescripción , incluyendo Medicare , Medicaid , Servicio de Salud Indio o la cobertura de VA .

Parte 3. Firma (Requerido)

Yo doy fe que toda la información provista es verdadera y exacta. Yo entiendo que van a usar esta información para determinar mi elegibilidad para el Dispensario de Esperanza y otros recursos relacionados a éste. Notificaré a su personal de cualquier cambio de trabajo, ingresos o seguro antes de tener nueva prescripción.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Atención personal: Por favor, compare el ingreso total en la Parte 1 anterior con la Directrices de pobreza para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia para el año 2019 incluidas en la tabla a continuación. El solicitante debe ser igual o inferior a 200 % del nivel federal de pobreza y, o bien carecen de seguro o están cubiertos por un plan sin cobertura de medicamentos recetados . Los pacientes con cobertura de Medicaid , Medicare, Servicio de Salud Indio o VA no son elegibles para medicaciones del Dispensario de Esperanza

Directrices de pobreza para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia para el año 2019

Efectivo 1/11/19

Las personas en la familia / hogar	Pautas de pobreza	200% FPG
1	\$12,490	\$24,980
2	\$16,910	\$33,820
3	\$21,330	\$42,660
4	\$25,750	\$51,500
5	\$30,170	\$60,340
6	\$34,590	\$69,180
7	\$39,010	\$78,020
8	\$43,430	\$86,860
Para las familias / hogares con más de 8 personas , agregue \$ 4,420 por cada persona adicional		