



Sample Qualification Questionnaire

Información del paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

¿El paciente trajo documentación de ingresos o tiene acceso a ellos por internet?

_____ SI _____ NO

Si es así, explique qué tipo de documentación: _____

Información de ingresos

- **Por favor pida un estimado:** de los ingresos anuales del hogar del paciente (*Incluyen: fuentes de ingresos adicionales tal como ingresos del seguro social por discapacidad, beneficios de compensación al trabajador, dividendos, intereses, ayuda de familiares, amigos o caridad, asistencia pública y/o estampillas de comida, u otros recursos*)

Total: \$ _____

- **Certifico que he tratado de obtener información de ingresos de este paciente los más que es posible**

_____ SI

Información de seguro medico

Certifico que he intentado de obtener estatus de seguro médico del paciente.

_____ SI

Firma (requerida)

Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento y que he intentado obtener información adecuada sobre ingresos y seguros.

Basada en la información que he conseguido del paciente, creo que este paciente es elegible para el primer surtido de medicamentos Dispensary of Hope (Dispensario de esperanza)

_____ SI _____ NO

Applicant Signature (Firma del solicitante) _____

Date (fecha): _____

Staff Signature (Firma del empleado): _____

Date (fecha): _____

Certifico que le he pedido al paciente traer la siguiente documentación a su próxima visita en la clínica:

Lineamientos federales de pobreza

Compare el ingreso total en el cuestionario de cualificación con la tabla de lineamientos federales de pobreza de 2022 continuación. El solicitante debe estar igual o bajo 300% de los lineamientos federales de pobreza y no tener seguro o estar cubierto bajo un plan comercial sin cobertura para medicamentos recetados. Los pacientes on Medicaid, Medicare, o cobertura del VA no son elegibles para medicamentos del Dispensary of Hope.

**2022 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia
Effective 1/12/2022**

Persons in family/household	Poverty Guideline	300% FPL
1	\$13,590	\$40,770
2	\$18,310	\$54,930
3	\$23,030	\$69,090
4	\$27,750	\$83,250
5	\$32,470	\$97,410
6	\$37,190	\$111,570
7	\$41,910	\$125,730
8	\$46,630	\$139,890

For families/households with more than 8 persons, add \$4,720 for each additional person.

TEAR OFF THE SECTION BELOW & GIVE TO PATIENT

¡Continúe recibiendo su medicamento sin costo alguno!

EN SU PROXIMA VISITA, POR FAVOR TRAIGA _____:

Declaraciones de impuestos

Carta de elegibilidad para cupones de alimentos

Talon de cheque de pago

Carta del empleador mostrando compensacion

Formulario W2 del IRS

Carta de apoyo