



Qualification Questionnaire

Patient Information

Name _____ DOB _____

Does the patient have any income documentation with them or accessible to them online?

_____ YES _____ NO

If YES, please explain what types of documentation: _____

Income Information

- **Please request an estimate:** Patient's current estimated annual household income from wages
(Included: 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):

Total: \$ _____

- **I certify that I have attempted to gain as much income information from this patient as possible.**
_____ YES

Insurance Information

I certify that I have attempted to gain insurance status from the patient.

_____ YES

Signature (Required)

I certify that all of the above information is true and accurate to the best of my knowledge and that I have attempted to gain proper income and insurance information.

Based on the information I have gathered from the patient, I believe this patient is eligible for a first fill of Dispensary of Hope medication. _____ YES _____ NO

Applicant Signature: _____ **Date:** _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____

I certify that I have asked the patient to bring the following documentation on their next visit to the clinic:

POVERTY GUIDELINES

Please compare the Total Income in the Qualification Questionnaire with the 2022 Federal Poverty Guidelines Table below. Applicant must be at or below 300% of Federal Poverty Guidelines and either lack insurance or are covered under a commercial plan with no prescription coverage. Patients with Medicaid, Medicare, or VA coverage are not eligible for Dispensary of Hope medication.

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

Continue receiving your medication free of charge!

ON YOUR NEXT VISIT, PLEASE BRING BY _____:
DATE

☐

TAX RETURNS

☐

FOOD STAMP ELIGIBILITY LETTER

☐

PAYCHECK STUBS

☐

**LETTER FROM EMPLOYER SHOWING
COMPENSATION**

☐

IRS FORM W2

☐

LETTER OF SUPPORT

Comments: _____



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