



# 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 2023 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.*

**2023 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia  
Effective 1/18/2023**

Persons in family/household	Poverty Guideline	300% FPL
1	\$14,580	\$43,740
2	\$19,720	\$59,160
3	\$24,860	\$74,580
4	\$30,000	\$90,000
5	\$35,140	\$105,420
6	\$40,280	\$120,840
7	\$45,420	\$136,260
8	\$50,560	\$151,680

For families/households with more than 8 persons, add \$5,140 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 2023 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.

**2023 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia  
Effective 1/18/2023**

Persons in family/household	Poverty Guideline	300% FPL
1	\$14,580	\$43,740
2	\$19,720	\$59,160
3	\$24,860	\$74,580
4	\$30,000	\$90,000
5	\$35,140	\$105,420
6	\$40,280	\$120,840
7	\$45,420	\$136,260
8	\$50,560	\$151,680

For families/households with more than 8 persons, add \$5,140 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 \_\_\_\_\_:**

Date (fecha)

**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**