



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 2024 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.

**2024 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia
Effective January 2024**

Persons in family/household	Poverty Guideline	300% FPL
1	\$15,060	\$45,180
2	\$20,440	\$61,320
3	\$25,820	\$77,460
4	\$31,200	\$93,600
5	\$36,580	\$109,740
6	\$41,960	\$125,880
7	\$47,340	\$142,020
8	\$52,720	\$158,160

For families/households with more than 8 persons, add \$5,380 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: _____



Preguntas de calificación

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 2024 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.

Directrices de pobreza para los 48 estados contiguous y el Distrito de Columbia para el año 2024 Efectivo Enero 2024

Las personas en la familia/hogar	Pautas de pobreza	300% FPL
1	\$15,060	\$45,180
2	\$20,440	\$61,320
3	\$25,820	\$77,460
4	\$31,200	\$93,600
5	\$36,580	\$109,740
6	\$41,960	\$125,880
7	\$47,340	\$142,020
8	\$52,720	\$158,160

Para las familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.

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