



Certificación de elegibilidad

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de personas que viven en el hogar: _____

Parte 1: Información sobre los ingresos del participante*

Certifico que mi ingreso anual estimado actual por salario es: \$ _____

Aparte del salario, marque todas las fuentes de ingresos adicionales de este año:

☐ Ingresos por discapacidad del Seguro Social: \$ _____ ☐ Intereses: \$ _____

☐ Beneficios de compensación laboral: \$ _____ ☐ Dividendos: \$ _____

☐ Ayuda de familiares, amigos o caridad: \$ _____

☐ Asistencia pública y/o estampillas de alimentos: \$ _____

☐ Otras fuentes: \$ _____

Ingresos de todas las demás personas que viven en mi hogar durante el mismo período de 12 meses:

\$ _____

Ingresos totales por salarios y todas las demás fuentes: \$ _____

Parte 2: Información del seguro

☐ Por el presente, certifico que no estoy cubierto por ningún tipo de seguro de medicamentos recetados ni por ningún tipo de seguro médico patrocinado por el gobierno, incluyendo Medicare, Medicaid, beneficios de VA u otra cobertura.

Parte 3: Firma (obligatoria)

Certifico que toda la información anterior es verdadera y exacta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para Dispensary of Hope y sus centros de acceso, con auditores o compañías farmacéuticas, según sea necesario. Notificaré al personal sobre cualquier cambio en el empleo, los ingresos o el seguro antes de surtir recetas adicionales.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____

*Los ingresos totales de la Parte 1 se compararán con el Índice Federal de Pobreza del año en curso para determinar la elegibilidad. Los solicitantes deben estar en o por debajo del 300 % del Índice Federal de Pobreza y no tener seguro médico o estar cubiertos por un plan sin cobertura de medicamentos recetados. Los pacientes con Medicaid, Medicare, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) u otra cobertura no son elegibles para los medicamentos del Dispensario de la Esperanza.



Directrices de pobreza de 2026 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia vigentes a partir de enero de 2026		
# de personas en la familia/hogar	Nivel de Pobreza	300% de Nivel Federal de Pobreza
1	\$15,650	\$47,880
2	\$21,150	\$64,920
3	\$26,650	\$81,960
4	\$32,150	\$99,000
5	\$37,650	\$116,040
6	\$43,150	\$133,080
7	\$48,650	\$150,120
8	\$54,150	\$167,160
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,500 por cada persona adicional.		

*Los ingresos totales de la Parte 1 se compararán con el Índice Federal de Pobreza del año en curso para determinar la elegibilidad. Los solicitantes deben estar en o por debajo del 300 % del Índice Federal de Pobreza y no tener seguro médico o estar cubiertos por un plan sin cobertura de medicamentos recetados. Los pacientes con Medicaid, Medicare, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) u otra cobertura no son elegibles para los medicamentos del Dispensario de la Esperanza.