



## AUTO-TESTIMONIO DE IMPUESTO

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

### Parte 1. Información sobre la renta de ingresos

- Yo, la presente doy constancia de mis ingresos anuales son : \$ \_\_\_\_\_
- Ingresos adicionales como ingresos de seguro social por incapacidad, beneficio de compensación, dividendos, interés, asistencia de familia, amigos, o caridad, o asistencia pública y/o estampillas de comida, o otras fuentes: \$ \_\_\_\_\_
- Otros fuentes de ingresos: \_\_\_\_\_
- Ingresos de otras personas en su casa durante los 12 meses: \$ \_\_\_\_\_
- Número de personas que viven en su casa: \_\_\_\_\_
- **Ingresos total de su salario y otras fuentes:** \$ \_\_\_\_\_

### Parte 2. Información de Seguros

Yo doy fe de que no estoy cubierta de seguro de salud, incluyendo Medicare, Medicaid, o seguro privado.

### Parte 3. Firma (Requerido)

Yo doy fe que toda la información provista es verdadera y exacta. Yo entiendo que van a usar esta información para determinar mi elegibilidad para el Dispensario de Esperanza y otros recursos relacionados a éste. Notificaré a su personal de cualquier cambio de trabajo, ingresos o seguro antes de tener nueva prescripción.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

.....

**Attention Staff:** Please compare the Total income in Part 1 above with the 2014 Federal Poverty Level Table below. Applicant must be at or below 200% of the Federal Poverty Level **and** uninsured to be eligible for Dispensary of Hope medications.

Household Size	200%
1	\$23,340
2	\$31,460
3	\$39,580
4	\$47,700
For each additional person, add	\$8,120