

CERTIFICACIÓN DE INDIGENCIA

1. Soy el paciente. Mi nombre es: _____
Mi fecha de nacimiento es: _____
 No soy el paciente.
2. Yo cuido del paciente. El nombre del paciente es: _____.
 - a. Mi parentesco con el paciente es: padre abuelo tutor
 Otro: _____
 - b. La fecha de nacimiento del paciente es: _____
3. Soy mayor de 18 años de edad. O Soy un menor emancipado.
4. Soy competente para tomar esta decisión.
5. Mi ingreso anual actual o proyectado, o el ingreso del hogar anual actual o proyectado del paciente, es igual o inferior al 200 % de las pautas federales de pobreza. [Encuentre el tamaño del hogar, luego mire el ingreso anual directamente debajo de ese número. Si el ingreso anual es inferior o igual a ese ingreso anual, marque esa casilla].

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7+
Ingreso anual	<input type="checkbox"/> \$29,160	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$49,720	<input type="checkbox"/> \$ 60,000	<input type="checkbox"/> \$80,560	<input type="checkbox"/> \$90,840*

6. Desconozco los ingresos anuales del paciente o míos. Mis ingresos mensuales o los ingresos mensuales del hogar del paciente son iguales o inferiores al 200 % de las pautas federales de pobreza. [Encuentre el tamaño del hogar, luego mire el ingreso mensual directamente debajo de ese número. Si el ingreso mensual es inferior o igual a ese ingreso mensual, marque esa casilla].

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7+
Ingreso mensuales	<input type="checkbox"/> \$2,430	<input type="checkbox"/> \$3,287	<input type="checkbox"/> \$4,143	<input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$5,857	<input type="checkbox"/> \$6,713	<input type="checkbox"/> \$7,570*

7. Doy fe de que la información que estoy proporcionando sobre mí o del paciente es veraz y correcta. Entiendo que estoy proporcionando esta información para que mi proveedor médico no me demande ni tome acciones de cobro contra mí.

(Firma del paciente o parent / tutor legal)

(Fecha)

(Nombre escrito del paciente o parent / tutor legal)

Dirección: _____

* Para unidades familiares de más de 7, agregue estos montos por cada miembro adicional del hogar: \$10,280/año si usa niveles anuales; \$857/mes si usa niveles mensuales.