

**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"/> \$25,764	<input type="checkbox"/> \$34,848	<input type="checkbox"/> \$43,920	<input type="checkbox"/> \$53,004	<input type="checkbox"/> \$62,088	<input type="checkbox"/> \$71,160	<input type="checkbox"/> * _____

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"/> \$2,147	<input type="checkbox"/> \$2,904	<input type="checkbox"/> \$3,660	<input type="checkbox"/> \$4,417	<input type="checkbox"/> \$5,174	<input type="checkbox"/> \$5,930	<input type="checkbox"/> * _____

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 padre / tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del paciente o padre / tutor legal)

Dirección: \_\_\_\_\_

\* Para unidades familiares de más de 7, agregue estos montos por cada miembro adicional del hogar: \$4,540/año si usa niveles anuales; \$757/mes si usa niveles mensuales.