DUPAGE DISPENSARY OF HOPE

Certificación de Elegibilidad

USO FARMACIA UNICA

NOMBRE DEL APLICANTE: _____ **FECHA DE NACIMENTO:** _____

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

Por la presente declaro que no estoy cubierto por ningún tipo de seguro de prescripción, ni estoy cubierto por ningún tipo de seguro de salud patrocinado por el gobierno, incluidos Medicare, Medicaid, beneficios de VA u otra cobertura.

Parte 3. Firma (Reguerido)

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. Notificará a su personal de cualquier cambio de trabajo, ingresos o seguro antes de tener nueva prescripción.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Personal: _____ **Fecha:** _____

Atención personal: *Por favor, compare el ingreso total en la Parte 1 anterior con las Directrices de pobreza para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia para el año 2026 incluidas en la tabla a continuación. El solicitante debe ser igual o inferior a 300% del nivel federal de pobreza y, o bien carecen de seguro o están cubiertos por un plan sin cobertura de medicamentos recetados. Los pacientes con cobertura de Medicaid, Medicare, o VA no son elegibles para medicaciones del Dispensario de Esperanza.*

Lineamientos de pobreza de 2026 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia
En vigencia a partir del 2026

Las personas en la familia/hogar	Pautas de pobreza	300% FPL
1	$15,960	$47,880
2	$21,640	$64,920
3	$27,320	$81,960
4	$33,000	$99,000
5	$38,680	$116,040
6	$44,360	$133,080
7	$50,040	$150,120
8	$55,720	$167,160
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $5,680 por cada persona adicional.		

DUPAGE DISPENSARY OF HOPE

Eligibility Attestation

PHARMACY USE ONLY

APPLICANT NAME: _____ **DOB:** _____

Part 1. Participant Income Information

- I hereby attest that my current estimated annual income from wages is: $_____
- 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: $_____
- Those other sources of income are: _____
- Income for all others living in my household during the same 12 month period: $_____
- Number of individuals in household: _____
- ***Total income from wages and all other sources***: **$_____**

Part 2. Insurance Information

I hereby attest that I am not covered by any form of prescription insurance, nor am I covered by any form of government-sponsored health insurance, including Medicare, Medicaid, VA benefits, or other coverage.

Part 3. Signature (Required)

I certify that all of the above information is true and accurate. I understand that this information is to be used to determine eligibility for the Dispensary of Hope and its related access sites. I will notify staff of any changes in employment, income or insurance prior to having additional prescriptions filled.

Applicant Signature: _____ **Date:** _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____

FOR PHARMACY USE ONLY: *Please compare the total income in Part 1 above to the 2026 Federal Poverty Guidelines Table below. Applicants must be at or below 300% of Federal Poverty Guidelines and either lack insurance or be covered under a plan with no prescription coverage. Patients with Medicaid, Medicare, VA benefits, or other coverage are not eligible for Dispensary of Hope medication.*

2026 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia
Effective January 2026

Persons in family/household	Poverty Guideline	300% FPL
1	$15,960	$47,880
2	$21,640	$64,920
3	$27,320	$81,960
4	$33,000	$99,000
5	$38,680	$116,040
6	$44,360	$133,080
7	$50,040	$150,120
8	$55,720	$167,160
For families/households with more than 8 persons, add $5,680 for each additional person.		