DUPAGE DISPENSARY OF HOPE

Cuestionario de Calificación

Información del paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

¿El paciente trajo documentación de ingresos o tiene acceso a ellos por internet?
_____ SÍ _____ NO

Si es así, explique qué tipo de documentación: _____

_____

Información de ingresos

Por favor solicite un estimado: de los ingresos anuales del hogar del paciente *(Incluyen: fuentes de ingresos adicionales tal como ingresos del seguro social por discapacidad, beneficios de compensación al trabajador, dividendos, intereses, ayuda de familiares, amigos o caridad, asistencia pública y/o estampillas de comida, u otros recursos)*

Total: $_____

Certifico que he tratado de obtener información de ingresos de este paciente los más que es posible
_____ **SÍ**

Información de seguro médico

Certifico que he intentado obtener el estatus de seguro médico del paciente.
_____ **SÍ**

Firma (requerida)

Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento y que he intentado obtener información adecuada sobre ingresos y seguros.

Basada en la información que he conseguido del paciente, creo que este paciente es elegible para el primer surtido de medicamentos Dispensary of Hope (Dispensario de esperanza)
_____ **SÍ** _____ **NO**

Applicant signature - Firma del solicitante: _____ **Date - Fecha:** _____

Staff signature - Firma del empleado:_____ **Date - Fecha:** _____

Certifico que le he pedido al paciente traer la siguiente documentación a su próxima visita en la clínica:

_____

_____

Lineamientos federales de pobreza

Compare el ingreso total en el cuestionario de cualificación con la tabla de lineamientos federales de pobreza de 2026 a continuación. El solicitante debe estar igual o bajo el 300% de los lineamientos federales de pobreza y no tener seguro o estar cubierto bajo un plan comercial sin cobertura para medicamentos recetados. Los pacientes con Medicaid, Medicare, o cobertura del VA no son elegibles para medicamentos del Dispensary of Hope.

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.		

ELIMINAR SECCIÓN A CONTINUACIÓN Y ENTREGAR AL PACIENTE

¡Continúe recibiendo su medicamento sin costo alguno!

EN SU PRÓXIMA VISITA, POR FAVOR TRAIGA _____ DATE - FECHA

- ☐ **Declaraciones de impuestos**
- ☐ **Talón de cheque de pago**
- ☐ **Formulario W2 del IRS**
- ☐ **Carta de elegibilidad para cupones de alimentos**
- ☐ **Carta del empleador mostrando compensación**
- ☐ **Carta de apoyo**

Comentarios:

_____

_____

DUPAGE DISPENSARY OF HOPE

Qualification Questionnaire

Patient Information

Name _____ DOB _____

Does the patient have any income documentation with them or accessible to them online?
_____ YES _____ NO

If YES, please explain what types of documentation: _____

_____

Income Information

Please request an estimate: Patient's current estimated annual household income from wages *(Included: 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):*

Total: $_____

I certify that I have attempted to gain as much income information from this patient as possible.
_____ **YES**

Insurance Information

I certify that I have attempted to gain insurance status from the patient.
_____ **YES**

Signature (Required)

I certify that all of the above information is true and accurate to the best of my knowledge and that I have attempted to gain proper income and insurance information.

Based on the information I have gathered from the patient, I believe this patient is eligible for a first fill of Dispensary of Hope medication
_____ **YES** _____ **NO**

Applicant Signature: _____ **Date:** _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____

I certify that I have asked the patient to bring the following documentation on their next visit to the clinic:

POVERTY GUIDELINES

Please compare the Total Income in the Qualification Questionnaire with the 2026 Federal Poverty Guidelines Table below. The applicant must be at or below 300% of Federal Poverty Guidelines and either lack insurance or are covered under a commercial plan with no prescription coverage. Patients with Medicaid, Medicare, or VA 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.		

REMOVE SECTION BELOW & GIVE TO PATIENT

Continue receiving your medication free of charge

ON YOUR NEXT VISIT, PLEASE BRING BY _____ DATE

- ☐ Tax returns
- ☐ Food stamp eligibility letter
- ☐ Paycheck stubs
- ☐ Letter from employer showing compensation
- ☐ IRS form W2
- ☐ Letter of support

Comments: