



Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida (FBCCEDP)

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación: _____

1. ¿Tiene Medicaid? sí NO ¿Tiene Medicare? sí NO
2. ¿Tiene otro seguro médico? sí NO Nombre del seguro _____
3. **Número de personas en su grupo familiar.** _____ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
4. **Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ _____ mensuales \$ _____ anuales

Tamaño de la familia	2022 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2022 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,264.91	\$27,179.00
2	\$3,051.58	\$36,619.00
3	\$3,838.25	\$46,059.00
4	\$4,624.91	\$55,499.00
5	\$5,411.58	\$64,939.00
6	\$6,198.25	\$74,379.00
7	\$6,984.91	\$83,819.00
8	\$7,771.58	\$93,259.00
9	\$8,558.25	\$102,699.00
10	\$9,344.91	\$112,139.00

Certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud para investigar y verificar la información. Entiendo que puedo ser enjuiciado según la ley estatal si deliberadamente doy información falsa.

NOTA:

Si obtengo cobertura de seguro médico mientras esté bajo el FBCCEDP, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCCEDP lo antes posible.

Firma _____

Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, llame al coordinador regional al _____ de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Haremos todo lo posible por devolverle la llamada de manera oportuna.

Además, entiendo que todas mis pruebas de detección y procedimientos de diagnóstico deberán completarse en 60 días o NO se puede garantizar el pago de estos servicios.