



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	2020 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud (Department of Health, DOH)	2020 Ingresos anuales según la escala del DOH:
1	\$2,126.58	\$25,519.00
2	\$2,873.25	\$34,479.00
3	\$3,619.92	\$43,439.00
4	\$4,366.58	\$52,399.00
5	\$5,113.25	\$61,359.00
6	\$5,859.92	\$70,319.00
7	\$6,606.58	\$79,279.00
8	\$7,353.25	\$88,239.00
9	\$8,099.92	\$97,199.00
10	\$8,846.58	\$106,159.00

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 **(407)665-3244** _____ 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.