



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

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

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

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

Tamaño de la familia	2021 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2021 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,146.58	\$25,759.00
2	\$2,903.25	\$34,839.00
3	\$3,659.91	\$43,919.00
4	\$4,416.58	\$52,999.00
5	\$5,173.25	\$62,079.00
6	\$5,929.91	\$71,159.00
7	\$6,686.58	\$80,239.00
8	\$7,443.25	\$89,319.00
9	\$8,199.91	\$98,399.00
10	\$8,956.58	\$107,479.00

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.