



Programas de Asistencia Médica, Recetas & Alimentos

Mini Formato de Elegibilidad – Marque con una “X” la línea que corresponda.

Medicare Parte B Ahorros

(Para que se le anule la Prima de Medicare “B” cada mes)

_____ Si usted es **SOLTERO** y vive solo, es su ingreso mensual:
¿\$1,239 o menos?

_____ Si usted tiene **PAREJA**, vive con su esposo/a o compañero/a, es su ingreso mensual combinado:
¿\$1,660 o menos?

Medicare Parte D Ahorros

(Ayuda Extra con los Costos de Recetas Médicas)

_____ Si usted es **SOLTERO** y vive solo, es su ingreso mensual:
¿\$1,354 o menos?

_____ Si usted tiene **PAREJA**, vive con su esposo/a o compañero/a, es su ingreso mensual combinado:
¿\$1,821 o menos?

Asistencia para Alimentos

(También conocida como SNAP, anteriormente como Estampillas de Comida):

_____ Si usted es **SOLTERO** y vive solo, es su ingreso mensual:
¿\$1,174 o menos?

_____ Si usted tiene **PAREJA**, vive con su esposo/a o compañero/a, es su ingreso mensual combinado:
¿\$1,579 o menos?

_____ Me gustaría que se comuniquen conmigo para saber si califico para otros beneficios.

Nombre _____

Dirección _____ **Ciudad/Código Postal** _____

Teléfono _____ **Email** _____