



APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

September 3

FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA					
<input type="checkbox"/> Application	<input type="checkbox"/> Review	Date Form 100-B is Requested/Issued	Date Identifiable Form 100-B Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable
Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)			Home Telephone No./Teléfono de la casa		Other Telephone No./Otro número de teléfono
Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)		Apt.# /Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.					
Date of Birth	Sex	SSN	Are you a sponsored alien?	Are you a U. S. Citizen?	

1. What is your county and state of residence (where you make your permanent home)? Do you plan to remain in this county? .....  Yes/Sí  No  
 ¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_

2. Are you receiving benefits/coverage from (Medicare, Medicaid, disability, TANF, health insurance, CHIP, V. A., worker's compensation)?  
 ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? .....  Yes/Sí  No

If Yes, please explain?  
 Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? \_\_\_\_\_

3. Are you pregnant?  
 ¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada?.....  Yes/Sí  No Si contesta "Sí," ¿quién? \_\_\_\_\_

4. Do you have unpaid health care bills from the last three months?  
 ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? .....  Yes/Sí  No

If Yes, which months?  
 Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? \_\_\_\_\_

5. Have you worked in the last three months?  
 ¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses?.....  Yes/Sí  No Si contesta "Sí," ¿quien? \_\_\_\_\_

6. List all of your income that was received this month,  
 /Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

The statement I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree to give eligibility staff any information necessary to prove statements about my eligibility. A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas. Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad. Yo entiendo y acepto que al proporcionar información falsa puede resultar in que yo no califique y que tenga que devolver el pago al Programa.

**BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.**  
**ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.**

Signature - Applicant / Firma - Solicitante

Date / Fecha

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date  
 Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative / Date  
 Firma - Representante del solicitante / Fecha

Signature - Witness (if signed with "X") / Date  
 Firma - Testigo (si firma con "X") / Fecha

## 2018 Federal Poverty Guidelines

FEDERAL POVERTY LEVEL	100%	138%	150%	200%	250%	300%	333%	366%	400%
SLIDING SCALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%
Household /Family Size									
1	\$12,140	16,753	18,210	24,280	30,350	36,420	40,426	44,432	48,560
2	\$16,460	22,715	24,690	32,920	41,150	49,380	54,811	60,244	65,840
3	\$20,780	28,676	31,170	41,560	51,950	62,340	69,197	76,055	83,120
4	\$25,100	34,638	37,650	50,200	62,750	75,300	83,583	91,866	100,400
5	\$29,420	40,600	44,130	58,840	73,550	88,260	68,549	107,677	117,680
6	\$33,740	46,561	50,610	67,480	84,350	101,220	112,354	123,488	134,960
7	\$38,060	52,523	57,090	76,120	95,150	114,180	126,740	139,300	152,240
8	\$42,380	58,484	63,570	84,760	105,950	127,140	141,125	155,111	169,520
9	\$46,700	64,446	70,050	93,400	116,750	140,100	155,511	170,922	186,800
10	\$51,020	70,408	76,530	102,040	127,550	153,060	169,897	186,733	204,080
11	\$55,340	76,369	83,010	110,680	138,350	166,020	184,282	202,544	221,360
12	\$59,660	82,331	89,490	119,320	149,150	178,980	198,668	218,356	238,640
13	\$63,980	88,292	95,970	127,960	159,950	191,940	213,053	234,167	255,920
14	\$68,300	94,254	102,450	136,600	170,750	204,900	227,439	249,978	273,200