

## Formulario de Subvención Crossroad Health Center

Crossroad Health Center recibe fondos de subvención para compensar algunos de nuestros costos y también prestar atención a los necesitados. Ayúdenos por favor a encontrar nuestros requisitos de cobertura completando esta forma.

1. En el cuadro de la izquierda, por favor, indique el número de miembros de la familia en su hogar.
2. En la misma fila, por favor, marque el ingreso correspondiente de todos los miembros de la familia que los apoyan.

2023

Tamaño de Familia	Ingreso Familiar (1) 100% and below	Ingreso Familiar (2) 101-150%	Ingreso Familiar (3) 151-200%	Ingreso Familiar (4) >200%
1	Menos de 14,580	14,581 - 21,870	21,871 - 29,160	Mas de 29,160
2	Menos de 19,720	19,721 - 29,580	29,581 - 39,440	Mas de 39,440
3	Menos de 24,860	24,861 - 37,290	37,291 - 49,720	Mas de 49,720
4	Menos de 30,000	30,001 - 45,000	45,001 - 60,000	Mas de 60,000
5	Menos de 35,140	35,141 - 52,710	52,711 - 70,280	Mas de 70,280
6	Menos de 40,280	40,281 - 60,420	60,421 - 80,560	Mas de 80,560
7	Menos de 45,420	45,421 - 68,130	68,131 - 90,840	Mas de 90,840
8	Menos de 50,560	50,561 - 75,840	75,841 - 101,120	Mas de 101,120

Los pacientes cuyos ingresos se encuentran en las categorías anteriores pueden ser elegibles para un descuento de tarifa móvil. ¿Está interesado en recibir información adicional?

Sí  No

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_