



Este formulario debe ser completado y firmado por personas que solicitan o vuelven a solicitar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) que declaran no tener ingresos. **Se DEBEN completar todas las secciones.**

Para los efectos del SPBP, los ingresos incluyen salarios, sueldos, bonificaciones, comisiones, compensaciones por desempleo, beneficios para veteranos, beneficios del Seguro Social por discapacidad/jubilación/sobreviviente, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), otras pensiones o jubilación, indemnizaciones laborales, beneficios por enfermedad, pensión alimenticia, manutención para los hijos, dividendos, intereses, regalías, ganancias de capital, ingresos por alquiler, asistencia pública (excepto cupones para alimentos o LIHEAP/Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos), trabajo por cuenta propia, ingresos por negocios o asociaciones u otros pagos regulares.

1. Información del solicitante	
Nombre de pila:	Apellido:
Número de ID del SPBP (si lo sabe):	Fecha de nacimiento:
2. Preguntas sobre los ingresos	
Cuéntenos sobre su última fuente de ingresos. Procure que su respuesta sea lo más específica y detallada posible.	
Fecha en que se recibió el ingreso por última vez:	
Fuente de los ingresos (incluya el nombre del empleador, el tipo de beneficio, etc.):	
Motivo por el que finalizaron los ingresos:	
3. Explicación de cómo cubre sus necesidades	
Indíquenos cómo está cubriendo las siguientes necesidades. Si alguien más le está ayudando con alguna de las siguientes necesidades, incluya su nombre completo y las cantidades que ha pagado. Si vive en un refugio, usa bancos de alimentos/comedores populares, etc., proporcione los nombres de esos lugares.	
Alimentación:	
Vivienda:	
Servicios públicos (luz, agua, gas, etc.):	

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verídica, correcta y completa. Entiendo que mi elegibilidad puede ser denegada si no presento información correcta o completa o si no coopero con SPBP según fue solicitado. Entiendo, además, que SPBP puede suspender mi elegibilidad en cualquier momento si se demuestra que la información que proporcioné es falsa o está incompleta.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

El presente formulario, con el número de identificación del DOH HD002632, es un instrumento de recolección de datos oficial del DOH.