



## ¿Qué es EPIC?

El programa Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores o EPIC, por sus siglas en inglés) es un programa del Estado de Nueva York administrado por el Departamento de Salud. Proporciona ayuda a los adultos mayores con los copagos para los medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte D de Medicare **después de alcanzar cualquier deducible de la Parte D**. EPIC también cubre muchos medicamentos excluidos de la Parte D de Medicare.

- **Plan de tarifas** los miembros pagan una tarifa anual a EPIC, según sus ingresos. Los copagos de EPIC van desde \$3 hasta \$20, según el costo del medicamento. Las personas con el Beneficio Adicional (Extra Help) completo de Medicare no deben pagar la tarifa de EPIC.
- **Plan de deducible** los miembros deben pagar ellos mismos un deducible anual según sus ingresos, antes de pagar los copagos de EPIC por medicamentos.

EPIC también paga las primas del plan de la Parte D de Medicare, hasta la cantidad de un plan básico, para los miembros con ingresos anuales menores de \$23,000 si son solteros o \$29,000 si son casados.

Las personas con ingresos mayores deben pagar sus primas del plan de la Parte D.

- Para ayudarlos a pagar, el deducible de EPIC se reduce por el costo anual de un plan básico de la Parte D de Medicare.
- Los deducibles de EPIC para los ingresos en las áreas sombreadas en el programa del Plan de Deducible serán menores que las cantidades que se muestran.

## ¿Quiénes pueden inscribirse?

- Un residente del Estado de Nueva York de 65 años de edad o mayor con ingresos anuales de hasta \$75,000, si es soltero, o \$100,000, si es casado.
- Un adulto mayor elegible con un plan Deducible de Medicaid que no reciba los beneficios completos de Medicaid.

## Inscripción en la Parte D de Medicare

**Todos los miembros de EPIC deben tener un plan de la Parte D** para poder recibir los beneficios de EPIC. Dado que EPIC es un programa calificado de asistencia farmacéutica estatal, los miembros pueden inscribirse en un plan de la Parte D durante el año una vez que se inscriban en EPIC. También pueden cambiar su plan de la Parte D de Medicare una vez durante el año.

## El “Beneficio Adicional” puede ahorrar dinero

EPIC utilizará la información en esta solicitud para solicitar el Beneficio Adicional en nombre del adulto mayor si sus ingresos son elegibles, y solamente se usarán las líneas 1 a 3 para la determinación de EPIC.

- Los adultos mayores que ya reciben el Beneficio Adicional pueden enviar una copia de su carta de determinación de la Administración del Seguro Social junto con su formulario.
- Si se aprueba el Beneficio Adicional completo, el adulto mayor tendrá copagos menores y no tendrá una interrupción en la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicare y EPIC cubrirán la totalidad o la mayor parte de la prima mensual del plan de la Parte D.

## Cómo inscribirse

- Complete la solicitud, fírmela y envíela por correo a la dirección de abajo.
- Informe sus ingresos totales y los de su cónyuge, si viven juntos (incluso si solo uno de los dos está presentando la solicitud). Ambos deben firmar la solicitud.
- Presente su solicitud en forma separada o los cónyuges que viven juntos pueden usar el mismo formulario. Elija 'Soltero' si es soltero, divorciado o viudo, o si su cónyuge no vive con usted (por ejemplo, si vive en una residencia de adultos mayores). Elija 'Casado' si usted y su cónyuge viven en la misma casa.

Para obtener más información, llame sin costo a la Línea de ayuda de EPIC al **1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138)**

Descargue una solicitud en [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/application\\_contact.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm)  
*elija la versión según su idioma*

o escriba a: **EPIC**  
**P.O. Box 15018**  
**Albany, NY 12212-5018.**

## Ingresos del año anterior

Las líneas 1 a 3 se utilizarán para la determinación de EPIC de su solicitud. Si usted está CASADO y vive con su cónyuge, complete con la información de ambos.

Teniendo en cuenta las cantidades de la línea 3, consulte el Programa de tarifas de EPIC en el reverso de esta página para determinar su plan y para saber cuáles son su tarifa y su deducible anuales según sus ingresos.

## Calificar para el Beneficio Adicional

Los adultos mayores que hayan calificado para el Programa de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Program) calificarán automáticamente para el Beneficio Adicional. Por favor, envíe una copia de su carta de determinación. Puede omitir las líneas 4 a 22 si ya ha calificado.

## Ingresos mensuales actuales

- Líneas 4 a 9. Escriba sus ingresos mensuales actuales antes de deducciones en las líneas que correspondan, por ejemplo, seguro social, beneficios para veteranos. Si la cantidad cambia de mes a mes, calcule los ingresos mensuales promedio de los últimos 12 meses para cada línea. NO incluya salarios ni ingresos como trabajador autónomo, ingresos por intereses, dividendos, asistencia pública, reembolsos médicos ni pagos por crianza temporal. Por favor, escriba '\$0' si no tiene ingresos para informar en una línea.
- Línea 8a. Por favor, especifique el TIPO de otros ingresos que usted o su cónyuge informan en la línea 5, por ejemplo, pensión, ingresos netos de rentas, indemnización por accidentes laborales, pagos por incapacidad privados o estatales, etc.
- Línea 10. Indique si alguna de las cantidades informadas en las líneas 4 a 8 disminuyó durante los últimos dos años.

## Activos

- Líneas 11 a 14. Por favor, informe el saldo actual (o estimado) de las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que tienen usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos. Incluya el dinero en efectivo o las inversiones que cualquiera de los dos tenga con otra persona. **NO incluya su casa, vehículos, lotes de cementerio, bienes personales, pagos retroactivos del Seguro Social ni Ingresos del Seguro Social (Social Security Income, SSI). Escriba '\$0' en cada línea si no tiene ninguno de esos ingresos.**

## Otros gastos y ganancias

Si es SOLTERO, responda las preguntas 12 a 14 teniendo en cuenta sus ingresos y sus activos. Si está CASADO y vive con su cónyuge, responda las preguntas 12 a 14 COMBINANDO los ingresos y los activos de ambos, cuando corresponda.

- Línea 15. Por favor, elija 'Sí' si espera usar dinero de alguna de las inversiones que incluyó como activos en las líneas 8 a 10 para pagar gastos funerarios o de sepelio para usted o su cónyuge. De lo contrario, elija 'No'.
- Línea 16. Por favor, elija 'Sí' si usted o su cónyuge tienen bienes inmuebles además de su casa (por ejemplo, una casa de veraneo, propiedades de alquiler o terrenos sin urbanizar que estén separados de su casa). De lo contrario, elija 'No'.
- Línea 17. Por favor, escriba la cantidad de familiares con los que vive y que dependen de usted para recibir al menos la mitad del apoyo financiero. Los parientes pueden ser por consanguinidad, por matrimonio o por adopción. Escriba '0' si esta pregunta no se aplica a su caso.

**Responda las preguntas 18 a 22 solamente si usted y su cónyuge (si viven juntos) TRABAJARON durante los últimos dos años. De lo contrario por favor, déjelas en blanco.**

- Línea 18. Por favor, estime la cantidad que usted o su cónyuge esperan ganar en salarios **antes de impuestos y deducciones** en este año natural.
- Línea 19. Si usted es un empleado autónomo, por favor, estime la cantidad que usted o su cónyuge esperan ganar o perder en este año natural. Escriba un número negativo si espera tener una pérdida.
- Línea 20. Por favor, elija 'Sí' si las cantidades informadas en las líneas 18 o 19 disminuyeron durante los últimos dos años. De lo contrario, elija 'No'.
- Línea 21. Por favor, escriba el mes y el año (MM/AAAA) en el que dejó de trabajar o en el que planea dejar de trabajar. Déjelo en blanco si usted o su cónyuge planean seguir trabajando.
- Línea 22. Por favor, elija 'Sí' o 'No' si usted o su cónyuge pagan o no algo que le permita trabajar a su cónyuge. Estos son ejemplos de algunos gastos: silla de ruedas, costos de tratamientos y medicamentos para enfermedades, servicios de un asistente personal, tecnología de ayuda relacionada con el trabajo, gastos de perro guía, ayudas sensoriales y visuales, y traducciones Braille. Por favor, elija 'N/A' (No aplicable) si es soltero o si su cónyuge tiene 65 años o más.
- Línea 23. Si ya recibe el "Beneficio Adicional" por favor, asegúrese de adjuntar una copia de su carta de determinación.



Department of Health

EPIC Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program

# Solicitud

¿NECESITA AYUDA? LLAME SIN CARGO AL 1-800-332-3742  
NEED HELP? CALL TOLL-FREE: 1-800-332-3742

**¡Por favor, escriba de forma clara en letra de molde!**

¿Quién está solicitando y para qué?  Usted **solamente**  Usted y su **cónyuge**  "Beneficio Adicional" solamente

Su apellido                      Primer nombre                      Inicial del segundo nombre

Nombre a/c (si es distinto al de arriba)

Dirección donde vive (no un Apartado postal)

Ciudad                                      Estado                                      Código postal

Dirección donde recibe el correo postal (si es diferente a la de arriba)

Ciudad                                      Estado                                      Código postal

**Nombre del cónyuge (si vive)**

Apellido                      Primer nombre                      Inicial del segundo nombre

**Número de teléfono del cónyuge**

Código de Área    Número

(      )      \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Sexo**

Femenino     Masculino     X

**Su fecha de nacimiento**

Mes                      Día                      Año

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Su número de teléfono**

Código de Área    Número

(      )      \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Viudo(a), Soltero(a) o Divorciado(a)

Casado(a)

Casado(a), viviendo separados

**Número de Seguro Social del cónyuge**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Fecha de nacimiento del cónyuge**

Mes                      Día                      Año

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Sexo del cónyuge**

Femenino     Masculino     X

Escriba su número de reclamo de Medicare (tarjeta azul, blanca y roja): \_\_\_\_\_

Escriba el número de reclamo de Medicare de su cónyuge (tarjeta azul, blanca y roja): \_\_\_\_\_

Si usted ya recibe los beneficios de EPIC, escriba su número de identificación de EPIC: \_\_\_\_\_

Si su cónyuge ya recibe los beneficios de EPIC, escriba el número de identificación de EPIC de su cónyuge: \_\_\_\_\_

**Determinación de EPIC: Informe sus ingresos totales del año natural anterior.**

Si están casados y viven juntos, debe reportar los ingresos anuales combinados suyos y de su cónyuge, incluso si solamente uno de ustedes está presentando la solicitud. Si están casados pero viven separados, reporte solamente sus ingresos anuales. Para saber sus ingresos anuales, multiplique sus ingresos mensuales por 12. Las líneas 1 a 3 se utilizarán solamente para la determinación de EPIC.

	Sus ingresos anuales	Ingresos anuales del cónyuge
1. Los beneficios del Seguro Social o del Retiro de Ferroviario (menos las primas de la Parte B de Medicare) pagados a usted por cheque o por depósito directo.	\$ _____	\$ _____
2. Otros ingresos: Incluya pensiones, rentas, intereses, dividendos, distribuciones de cuenta personal de jubilación (IRA), ganancias de capital, salarios, ingresos o pérdidas de negocios, ingresos neto de rentas, etc.	\$ _____	\$ _____
<b>3. Ingresos ANUALES Totales</b> (sume las líneas 1 y 2)	\$ _____	\$ _____

**Determinación del "Beneficio Adicional": Informe sus ingresos mensuales totales actuales.**

EPIC utilizará sus respuestas de las líneas 4 a 22 para solicitar en su nombre un beneficio federal llamado "Beneficio Adicional". Esto responde a las exigencias de la ley para recibir los beneficios de EPIC. Si usted ya recibe el "Beneficio Adicional", continúe en la línea 23 (omite las líneas 4 a 22) para indicar que usted está enviando una copia de su carta de determinación.

**CANTIDADES MENSUALES ACTUALES**

(Escriba '\$0' si no tiene ingresos)

	Sus ingresos	Ingresos del cónyuge
4. Seguro Social mensual antes de deducciones	\$ _____	\$ _____
5. Retiro de Ferroviario mensual antes de deducciones	\$ _____	\$ _____
6. Beneficios de Veteranos mensuales antes de deducciones	\$ _____	\$ _____
7. Mensuales — otras pensiones y anualidades antes de deducciones (no incluya las cantidades informadas en como <b>Activos</b> más abajo)	\$ _____	\$ _____
8. Mensuales — otros ingresos que no se hayan indicado arriba (como pensiones, ingresos netos de alquileres, indemnización por accidentes laborales, pagos por incapacidad privados o estatales)	\$ _____	\$ _____
<b>8A. Especifique el TIPO de otros ingresos (línea 8):</b>		
9. Ingresos MENSUALES Totales (sume las líneas 4 a 8)	\$ _____	\$ _____

Si sus ingresos superan el límite establecido del "Beneficio Adicional" para el año natural en el que presenta esta solicitud (visite el sitio web de EPIC en [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm) o el de la Administración del Seguro Social en <http://www.ssa.gov>), omita las líneas 10 a 22 y después continúe. Si no tiene acceso a Internet, llame a la Línea de ayuda de EPIC al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138).

10. ¿Disminuyó alguna de las cantidades informadas en las líneas 4 a 8 durante los últimos dos años?  Sí  No
11. Cuentas bancarias — saldo total actual (cuenta de cheques, cuenta de ahorro, cuenta del mercado monetario, certificados de depósito) \$ \_\_\_\_\_
12. Acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas personales de jubilación u otras inversiones similares \$ \_\_\_\_\_
13. Dinero en efectivo en casa o en algún otro lugar \$ \_\_\_\_\_
14. **Activos Totales** (sume las líneas 11 a 13). \$ \_\_\_\_\_

Si sus activos superan el límite establecido del "Beneficio Adicional" para el año natural en el que presenta esta solicitud (visite el sitio web de EPIC en [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm) o el de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), omita las líneas 15 a 22, continúe y después firme este formulario.

15. ¿Usará sus activos para cubrir gastos funerarios o de sepelio?  Sí  No
16. ¿Tiene bienes inmuebles aparte de su hogar?  Sí  No
17. ¿Cuántos familiares con los que vive dependen de usted para proporcionar al menos la mitad del apoyo financiero? (No incluya usted o su cónyuge). \_\_\_\_\_
18. ¿Cuánto espera ganar en salarios durante este año natural antes de impuestos y deducciones? Usted: \$ \_\_\_\_\_  
Cónyuge: \$ \_\_\_\_\_
19. Si usted o su cónyuge son empleados autónomos, ¿cuáles son sus expectativas de ganancias o pérdidas netas para este año natural? Usted: \$ \_\_\_\_\_  
Cónyuge: \$ \_\_\_\_\_
20. ¿Disminuyeron las cantidades informadas en las líneas 18 o 19 durante los dos últimos años?  Sí  No
21. Si usted ha dejado de trabajar recientemente o planea dejar de trabajar, escriba el mes y el año (por ejemplo, 09/2018). Usted: \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_  
Cónyuge: \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**22. Si su cónyuge es menor de 65 años y tiene ceguera o alguna incapacidad, ¿pagan usted o su cónyuge por cosas que le permita trabajar a su cónyuge?**

Sí  NO  N/A

**23. Si usted ya calificó para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program) y recibe el "Beneficio Adicional", ¿adjuntó una copia de su carta de determinación?**

Sí  NO  N/A

**Si alguien lo ayudó a llenar este formulario, indique el nombre de la persona, su dirección y su número de teléfono.**

Nombre en letra de molde

Número de teléfono (incluyendo el código de área)

(       )

Dirección postal

Ciudad/Estado/Código postal

**Lea atentamente y firme abajo:**

**Certifico que la información de este formulario es correcta. Vivo en el estado de Nueva York y actualmente no estoy recibiendo los beneficios completos de Medicaid.** Sé que debo proporcionar comprobantes de mi edad, ingresos, residencia, estado de Medicare y plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, si corresponde. También sé que debo estar inscrito en un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare para poder inscribirme en el programa EPIC. Entiendo que no dar la información de identificación necesaria para inscribirse en un plan de la Parte D o el subsidio de Medicare (Beneficio Adicional), si se es elegible, puede ocasionar la terminación de la cobertura de EPIC. Doy mi consentimiento para que se intercambie toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad entre EPIC, la Administración del Seguro Social, Medicare, el Programa Medicaid del Estado de Nueva York, el Departamento de Impuestos del Estado de Nueva York (NYS Tax Department), los planes de medicamentos de la Parte D de Medicare y cualquier otra entidad necesaria. En el caso de duplicado o exceso de pago por parte de EPIC, le cedo a EPIC todos los beneficios de medicamentos a los que pueda tener derecho según cualquier plan gubernamental o de la Parte D. Autorizo a mis proveedores de atención médica a revelar al programa EPIC mi información médica relacionada con recetas médicas o diagnósticos para que la utilicen para las operaciones de pago, auditoría o aquellas relacionadas con la atención médica.

**Usted (y su cónyuge si viven juntos) debe(n) firmar abajo:**

\_\_\_\_\_  
Su firma (representación legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de su cónyuge (representación legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Atención: Su solicitud se considerará incompleta si usted es elegible para recibir el "Beneficio Adicional" y no completa las líneas 4 a 22 o no proporciona una copia de su carta de determinación del Seguro Social.**

**Envíe por correo este formulario completado a:**

**EPIC  
P.O. Box 15018  
Albany, NY 12212-5018**

**o fax: (518) 452-3576**



**Department  
of Health**

**EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program**

## Programas de costos de EPIC

## Programa del Plan de Tarifas

Soltero(a)	Ingresos anuales		Tarifa anual
	Hasta	\$6,000	\$8
	\$6,001 – \$7,000	\$16	
	\$7,001 – \$8,000	\$22	
	\$8,001 – \$9,000	\$28	
	\$9,001 – \$10,000	\$36	
	\$10,001 – \$11,000	\$40	
	\$11,001 – \$12,000	\$46	
	\$12,001 – \$13,000	\$54	
	\$13,001 – \$14,000	\$60	
	\$14,001 – \$15,000	\$80	
	\$15,001 – \$16,000	\$110	
	\$16,001 – \$17,000	\$140	
	\$17,001 – \$18,000	\$170	
	\$18,001 – \$19,000	\$200	
	\$19,001 – \$20,000	\$230	
	Más de \$20,000	Consulte el Plan de deducible	

Casado(a)	Ingresos anuales conjuntos		Tarifa anual (Cada persona)
	Hasta	\$6,000	\$8
	\$6,001 – \$7,000	\$12	
	\$7,001 – \$8,000	\$16	
	\$8,001 – \$9,000	\$20	
	\$9,001 – \$10,000	\$24	
	\$10,001 – \$11,000	\$28	
	\$11,001 – \$12,000	\$32	
	\$12,001 – \$13,000	\$36	
	\$13,001 – \$14,000	\$40	
	\$14,001 – \$15,000	\$40	
	\$15,001 – \$16,000	\$84	
	\$16,001 – \$17,000	\$106	
	\$17,001 – \$18,000	\$126	
	\$18,001 – \$19,000	\$150	
	\$19,001 – \$20,000	\$172	
	\$20,001 – \$21,000	\$194	
	\$21,001 – \$22,000	\$216	
	\$22,001 – \$23,000	\$238	
	\$23,001 – \$24,000	\$260	
	\$24,001 – \$25,000	\$275	
	\$25,001 – \$26,000	\$300	
	Más de \$26,000	Consulte el Plan de deducible	



Department  
of Health

EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

## Programas de costos de EPIC

## Programa del Plan de Deducible

Áreas sombreadas — Su deducible de EPIC será menor que la cantidad que se muestra.

	Ingresos anuales		Ingresos anuales		Ingresos anuales	
	Deducible anual		Deducible anual		Deducible anual	
Soltero(a)	Menos de \$20,000	Consulte el Plan de Tarifas	Menos de \$26,000	Consulte el Plan de Tarifas	\$60,001 – \$61,000	\$2,045
	\$20,001 – \$21,000	\$530	\$26,001 – \$27,000	\$650	\$61,001 – \$62,000	\$2,075
	\$21,001 – \$22,000	\$550	\$27,001 – \$28,000	\$675	\$62,001 – \$63,000	\$2,105
	\$22,001 – \$23,000	\$580	\$28,001 – \$29,000	\$700	\$63,001 – \$64,000	\$2,135
	\$23,001 – \$24,000	\$720	\$29,001 – \$30,000	\$725	\$64,001 – \$65,000	\$2,165
	\$24,001 – \$25,000	\$750	\$30,001 – \$31,000	\$900	\$65,001 – \$66,000	\$2,195
	\$25,001 – \$26,000	\$780	\$31,001 – \$32,000	\$930	\$66,001 – \$67,000	\$2,225
	\$26,001 – \$27,000	\$810	\$32,001 – \$33,000	\$960	\$67,001 – \$68,000	\$2,255
	\$27,001 – \$28,000	\$840	\$33,001 – \$34,000	\$990	\$68,001 – \$69,000	\$2,285
	\$28,001 – \$29,000	\$870	\$34,001 – \$35,000	\$1,020	\$69,001 – \$70,000	\$2,315
	\$29,001 – \$30,000	\$900	\$35,001 – \$36,000	\$1,050	\$70,001 – \$71,000	\$2,345
	\$30,001 – \$31,000	\$930	\$36,001 – \$37,000	\$1,080	\$71,001 – \$72,000	\$2,375
	\$31,001 – \$32,000	\$960	\$37,001 – \$38,000	\$1,110	\$72,001 – \$73,000	\$2,405
	\$32,001 – \$33,000	\$1,160	\$38,001 – \$39,000	\$1,140	\$73,001 – \$74,000	\$2,435
	\$33,001 – \$34,000	\$1,190	\$39,001 – \$40,000	\$1,170	\$74,001 – \$75,000	\$2,465
	\$34,001 – \$35,000	\$1,230	\$40,001 – \$41,000	\$1,200	\$75,001 – \$76,000	\$2,495
	\$35,001 – \$36,000	\$1,260	\$41,001 – \$42,000	\$1,230	\$76,001 – \$77,000	\$2,525
	\$36,001 – \$37,000	\$1,290	\$42,001 – \$43,000	\$1,260	\$77,001 – \$78,000	\$2,555
	\$37,001 – \$38,000	\$1,320	\$43,001 – \$44,000	\$1,290	\$78,001 – \$79,000	\$2,585
	\$38,001 – \$39,000	\$1,350	\$44,001 – \$45,000	\$1,320	\$79,001 – \$80,000	\$2,615
	\$39,001 – \$40,000	\$1,380	\$45,001 – \$46,000	\$1,350	\$80,001 – \$81,000	\$2,645
	\$40,001 – \$41,000	\$1,410	\$46,001 – \$47,000	\$1,380	\$81,001 – \$82,000	\$2,675
	\$41,001 – \$42,000	\$1,440	\$47,001 – \$48,000	\$1,410	\$82,001 – \$83,000	\$2,705
	\$42,001 – \$43,000	\$1,470	\$48,001 – \$49,000	\$1,440	\$83,001 – \$84,000	\$2,735
	\$43,001 – \$44,000	\$1,500	\$49,001 – \$50,000	\$1,470	\$84,001 – \$85,000	\$2,765
	\$44,001 – \$45,000	\$1,530	\$50,001 – \$51,000	\$1,500	\$85,001 – \$86,000	\$2,795
	\$45,001 – \$46,000	\$1,560	\$51,001 – \$52,000	\$1,530	\$86,001 – \$87,000	\$2,825
	\$46,001 – \$47,000	\$1,590	\$52,001 – \$53,000	\$1,560	\$87,001 – \$88,000	\$2,855
	\$47,001 – \$48,000	\$1,620	\$53,001 – \$54,000	\$1,590	\$88,001 – \$89,000	\$2,885
	\$48,001 – \$49,000	\$1,650	\$54,001 – \$55,000	\$1,620	\$89,001 – \$90,000	\$2,915
	\$49,001 – \$50,000	\$1,680	\$55,001 – \$56,000	\$1,650	\$90,001 – \$91,000	\$2,945
	\$50,001 – \$51,000	\$1,710	\$56,001 – \$57,000	\$1,680	\$91,001 – \$92,000	\$2,975
	\$51,001 – \$52,000	\$1,740	\$57,001 – \$58,000	\$1,710	\$92,001 – \$93,000	\$3,005
	\$52,001 – \$53,000	\$1,770	\$58,001 – \$59,000	\$1,740	\$93,001 – \$94,000	\$3,035
	\$53,001 – \$54,000	\$1,800	\$59,001 – \$60,000	\$1,770	\$94,001 – \$95,000	\$3,065
	\$54,001 – \$55,000	\$1,830		\$1,800	\$95,001 – \$96,000	\$3,095
	\$55,001 – \$56,000	\$1,860		\$1,830	\$96,001 – \$97,000	\$3,125
	\$56,001 – \$57,000	\$1,890		\$1,860	\$97,001 – \$98,000	\$3,155
	\$57,001 – \$58,000	\$1,920		\$1,890	\$98,001 – \$99,000	\$3,185
	\$58,001 – \$59,000	\$1,950		\$1,920	\$99,001 – \$100,000	\$3,215
	\$59,001 – \$60,000	\$1,980		\$1,950		
	\$60,001 – \$61,000	\$2,010		\$1,980		
	\$61,001 – \$62,000	\$2,040		\$2,010		
	\$62,001 – \$63,000	\$2,070		\$2,040		
	\$63,001 – \$64,000	\$2,100		\$2,070		
	\$64,001 – \$65,000	\$2,130		\$2,100		
	\$65,001 – \$66,000	\$2,160		\$2,130		
\$66,001 – \$67,000	\$2,190		\$2,160			
\$67,001 – \$68,000	\$2,220		\$2,190			
\$68,001 – \$69,000	\$2,250		\$2,220			
\$69,001 – \$70,000	\$2,280		\$2,250			
\$70,001 – \$71,000	\$2,310		\$2,280			
\$71,001 – \$72,000	\$2,340		\$2,310			
\$72,001 – \$73,000	\$2,370		\$2,340			
\$73,001 – \$74,000	\$2,400		\$2,370			
\$74,001 – \$75,000	\$2,430		\$2,400			
Más de \$75,000	No es elegible					
				Más de \$100,000	No es elegible	

Casado(a)