



## Czym jest EPIC?

Program pod nazwą The Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) to program stanu Nowy Jork zarządzany przez Departament Zdrowia, który zapewnia seniorom pomoc we współpłaceniu za leki na receptę objęte programem Medicare **Part D po spełnieniu warunków udziału własnego**. EPIC obejmuje również wiele leków wykluczonych z programu Medicare Part D.

- Członkowie **planu opłat** wnoszą roczną opłatę na rzecz EPIC na podstawie swojego dochodu. Współpłaty EPIC wynoszą \$3 – \$20 w zależności od ceny leku. Osoby objęte pełną dodatkową pomocą ze strony Medicare nie muszą opłacać swojej składki EPIC.
- Członkowie **planu udziału** własnego muszą pokryć roczny nierefundowany udział własny na podstawie swojego dochodu przed zapłaceniem współpłaty EPIC za leki.

EPIC pokrywa także składki planu Medicare Part D do sumy planu podstawowego członków o rocznych dochodach poniżej \$23 000 w przypadku osoby samotnej i \$29 000 w przypadku osoby pozostającej w związku małżeńskim.

Osoby o wyższych dochodach muszą opłacać swoje składki planu Part D.

- Aby pomóc w płatnościach, udział własny w ramach EPIC jest obniżony o roczny koszt planu podstawowego Medicare Part D.
- Udział własny EPIC dla dochodów w zacieniowanych obszarach w harmonogramie Planu udziału własnego będzie mniejszy niż przedstawione kwoty.

## Kto może przystąpić?

- Mieszkaniec stanu Nowy Jork w wieku od 65 lat z rocznym dochodem poniżej \$75 000 (osoba samotna) lub \$100 000 (osoba w związku małżeńskim).
- Kwalifikująca się osoba starsza, której majątek jest wart mniej niż limit określony dla Medicaid i która nie otrzymuje pełnych świadczeń Medicaid.

## Zapisy do planu Medicare Part D

**Wszyscy członkowie planu EPIC muszą być zapisani do Part D**, aby otrzymywać świadczenia w ramach EPIC. Ponieważ EPIC jest oficjalnym stanowym planem pomocy w zakresie opłacania leków (SPAP), członkowie programu mogą przystąpić do planu Part D w ciągu całego roku po przystąpieniu do programu EPIC lub mogą zmienić plan Medicare Part D na inny jeden raz w ciągu danego roku.

## Świadczenia „Extra Help” pomagają oszczędzać!

EPIC wykorzysta informacje zawarte w tym wniosku, aby ubiegać się o dodatkową pomoc w imieniu seniora, jeśli kwalifikuje się on do otrzymania dochodu, przy czym tylko wiersze 1–3 zostaną użyte do określenia uprawnień do świadczeń EPIC.

- Seniorzy otrzymujący świadczenia „Extra Help” mogą przestać wraz z formularzem kopię pisma określającego uprawnienia do świadczeń z Wydziału Ubezpieczeń Społecznych (SSA).
- W przypadku przyznania świadczeń „Extra Help” senior będzie opłacać niższe współpłaty i nie będzie mieć luki w ubezpieczeniu Medicare Part D. Medicare i EPIC pokryją całość lub większość miesięcznej składki planu Part D.

## Jak złożyć wniosek

- Należy wypełnić wniosek, podpisać go i przesłać na podany poniżej adres.
- Należy poinformować o całkowitym dochodzie wnioskodawcy i współmałżonka (nawet jeśli wniosek składa jedna osoba). Oboje współmałżonkowie muszą podpisać formularz.
- Należy złożyć oddzielny wniosek lub wypełnić wspólny formularz ze współmałżonkiem zamieszkującym w tym samym gospodarstwie domowym. Zaznaczyć „Osoba samotna”, jeśli wnioskodawca jest osobą niezamężną, rozwiedzioną, owdowiałą lub jeżeli współmałżonek nie mieszka z wnioskodawcą (np. przebywa w domu opieki). Zaznaczyć „Żonaty/zamężna”, jeżeli współmałżonek mieszka w tym samym gospodarstwie domowym co wnioskodawca.

Więcej informacji można uzyskać na bezpłatnej infolinii EPIC pod numerem **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**

Pobierz wniosek na stronie: [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/application\\_contact.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm)

wybierz wersję językową

lub napisz na adres: **EPIC**

**P.O. Box 15018**

**Albany, NY 12212-5018.**

## Dochód za poprzedni rok

Wiersze 1–3 służą wyłącznie do określenia uprawnień do programu EPIC. Jeżeli wnioskodawca pozostaje w ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM i mieszka ze współmałżonkiem, powinien wypełnić informacje na temat obojga. Przejść do wykazu stawek EPIC na odwrocie tej strony, aby określić swój plan na podstawie kwoty z wiersza 3, a następnie, na podstawie swojego dochodu, ustalić kwotę rocznej opłaty lub rocznego udziału własnego.

## Kwalifikacja do świadczeń „Extra Help”

Seniorzy zakwalifikowani już do programów oszczędnościowych Medicare automatycznie kwalifikują się do świadczeń „Extra Help”. Prosimy o przesłanie kopii pisma określającego uprawnienia do świadczeń. Osoby, które kwalifikują się do programu, mogą pominąć wiersze od 4 do 22.

## Aktualny miesięczny dochód

- Wiersze 4–9. Wpisać aktualny miesięczny dochód przed potrąceniami dla każdego rodzaju dochodu, np. świadczenia z ubezpieczenia społecznego lub dla weteranów. Jeśli kwota zmienia się z miesiąca na miesiąc, należy oszacować średni miesięczny dochód z ostatnich 12 miesięcy dla każdego wiersza. **NIE WOLNO** uwzględniać wynagrodzenia ani dochodów samozatrudnienia, odsetek, dywidend, pomocy publicznej, zwrotów kosztów leczenia ani wypłat z tytułu opieki zastępczej. Jeżeli w danym wierszu nie ma dochodu do wykazania, należy wpisać 0 USD.
- Wiersz 8a. Określić RODZAJ innych dochodów, które wnioskodawca lub współmałżonek wykazali w wierszu 5, takich jak alimenty, dochody netto z wynajmu, odszkodowania pracownicze, prywatne lub państwowe zasiłki dla niepełnosprawnych itp.
- Wiersz 10. Wskazać, czy jakiegokolwiek kwoty wykazane w wierszach 4–8 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat.

## Majątek

- Wiersze 11–14. Podać aktualne (lub szacunkowe) saldo kont bankowych lub wartość inwestycji bądź środków pieniężnych, które należą do wnioskodawcy, współmałżonka (jeśli pozostają w związku małżeńskim i mieszkają razem) lub do obojga. Należy uwzględnić gotówkę lub inwestycje współdzielone z inną osobą. **NIE WOLNO uwzględniać domu, pojazdów, miejsc pochówku, rzeczy osobistych ani zaległych wypłat z ubezpieczenia społecznego lub dochodu z ubezpieczenia społecznego (SSI).** Jeśli brak – wpisać 0 USD.

## Pozostałe koszty i zyski

**Osoby SAMOTNE** odpowiadają na pytania (12–14) na podstawie własnych dochodów i majątku. **Osoby pozostające w ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM** i mieszkające ze współmałżonkiem odpowiadają na pytania (12–14) na podstawie łącznego dochodu i majątku, jeśli dotyczy.

- Wiersz 15. Zaznaczyć „tak”, jeśli wnioskodawca spodziewa się, że gotówka lub pieniądze z jakiegokolwiek inwestycji wymienionych w rubryce „Majątek” w wierszach (8–10) zostaną wykorzystane na pokrycie kosztów pogrzebu lub pochówku wnioskodawcy lub współmałżonka. W przeciwnym razie należy zaznaczyć opcję „nie”.
- Wiersz 16. Zaznaczyć „tak”, jeśli wnioskodawca lub współmałżonek posiada nieruchomość inną niż dom (przykład: domek letniskowy, nieruchomości do wynajęcia lub niezabudowaną ziemię nieprzylegającą od domu). W przeciwnym razie należy zaznaczyć opcję „nie”.
- Wiersz 17. Wpisać liczbę krewnych mieszkających z wnioskodawcą, których co najmniej połowę wsparcia finansowego pokrywa wnioskodawca lub współmałżonek. Do krewnych można zaliczyć osoby spokrewnione z wnioskodawcą poprzez krew, małżeństwo lub adopcję. Wpisać 0, jeżeli pytanie nie ma zastosowania.

**Udzielić odpowiedzi na pytania 18–22 tylko w sytuacji, gdy wnioskodawca i współmałżonek (jeśli mieszkają razem) PRACOWALI w ciągu ostatnich dwóch lat. W przeciwnym razie pytania 18–22 należy pozostawić puste.**

- Wiersz 18. Oszacować, jaką kwotę przed opodatkowaniem i potrąceniami spodziewa się zarobić wnioskodawca lub współmałżonek w tym roku kalendarzowym.
- Wiersz 19. Jeżeli wnioskodawca lub współmałżonek jest samozatrudniony, należy oszacować kwotę, jaką spodziewają się zarobić lub stracić w tym roku kalendarzowym. Wpisać liczbę ujemną, jeżeli przewiduje się straty.
- Wiersz 20. Zaznaczyć „tak”, jeżeli jakiegokolwiek kwoty wykazane w wierszach 18 lub 19 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat. W przeciwnym razie należy zaznaczyć opcję „nie”.
- Wiersz 21. Podać miesiąc i rok (MM/RRRR), w którym wnioskodawca lub współmałżonek przestał pracować lub zamierza przestać pracować. Pozostawić to pole puste, jeśli wnioskodawca lub współmałżonek planuje dalej pracować.
- Wiersz 22. Zaznaczyć „tak” lub „nie”, jeśli wnioskodawca lub współmałżonek płaci za udogodnienia, które umożliwiają współmałżonkowi pracę. Przykładami takich wydatków są: wózek inwalidzki; koszty leczenia i leków; usługi opiekuna osobistego; modyfikacje pojazdów lub inne potrzeby transportowe; technologie pomocnicze związane z pracą; wydatki na psa przewodnika; pomoce sensoryczne i wizualne oraz tłumaczenia w alfabecie Braille’a. Zaznaczyć „Nd.” (nie dotyczy), jeśli wnioskodawca jest osobą samotną lub współmałżonek ma 65 lat lub więcej.
- Wiersz 23. Należy pamiętać o dołączeniu kopii pisma określającego uprawnienia do świadczeń, jeżeli wnioskodawca już otrzymuje świadczenia „Extra Help”.



# Wniosek

## Należy pisać czytelnie!

Kto i w jakim celu składa wniosek?  Jedynie wnioskodawca  Wnioskodawca i współmałżonek  Tylko świadczenia „Extra Help”

Nazwisko wnioskodawcy	Imię	Inicjał drugiego imienia	Numer ubezpieczenia społecznego
Do rąk (jeśli inna osoba niż powyżej)			Płeć
Adres zamieszkania (nie P.O. Box)			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Data urodzenia wnioskodawcy
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)			Miesiąc / Dzień / Rok
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Numer telefonu wnioskodawcy
Imię i nazwisko współmałżonka (jeśli żyje)			Numer kierunkowy
Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	( )
Numer telefonu współmałżonka			Stan cywilny
Numer kierunkowy			<input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa, kawaler/panna, rozwiedziony/rozwiedziona
( )			<input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna, mieszkający razem
			<input type="checkbox"/> Żonaty/zamężna, mieszkający osobno
			Numer ubezpieczenia społecznego współmałżonka
			Data urodzenia współmałżonka
			Miesiąc / Dzień / Rok
			Płeć współmałżonka
			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X

Wpisać numer wniosku do Medicare wnioskodawcy (niebiesko-biało-czerwona karta)

Wpisać numer wniosku do Medicare współmałżonka (niebiesko-biało-czerwona karta)

Jeżeli wnioskodawca korzysta już z EPIC, wpisać numer identyfikacyjny EPIC

Jeżeli współmałżonek korzysta już z EPIC, wpisać numer identyfikacyjny EPIC współmałżonka

### Określenie uprawnień do programu EPIC: Należy zgłosić cały dochód za ubiegły rok kalendarzowy.

Wnioskodawcy mieszkający ze współmałżonkiem powinni zgłosić sumę dochodów rocznych obojga współmałżonków, nawet jeśli tylko jedna osoba składa wniosek. Jeżeli wnioskodawca nie mieszka ze współmałżonkiem, należy zgłosić wyłącznie własny dochód. Aby uzyskać roczny dochód, należy pomnożyć dochód miesięczny przez 12. Wiersze 1–3 służą wyłącznie do określenia uprawnień do programu EPIC.

	Roczny dochód wnioskodawcy	Roczny dochód współmałżonka
1. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego i/lub świadczenia z tytułu emerytury kolejowej (minus składki na Medicare Part B) wypłacane czekiem lub przelewem.	USD _____	USD _____
2. Inny dochód: Należy podać emerytury, renty, odsetki, dywidendy, dystrybucje w ramach IRA, zyski z kapitału, wynagrodzenie, dochody lub straty z tytułu prowadzonej działalności, dochód netto z wynajmu itp.	USD _____	USD _____
3. Całkowity dochód ROCZNY (dodać wiersze 1 i 2)	USD _____	USD _____

**Określenie uprawnień do świadczenia „Extra Help”: Należy podać całkowity bieżący miesięczny dochód.**

EPIC wykorzysta odpowiedzi wpisane w wierszach 4–22, aby wystąpić w imieniu wnioskodawcy o federalne świadczenie zwane „Extra Help”. Jest to niezbędne do uzyskania świadczeń EPIC. Osoby, które otrzymują już świadczenia „Extra Help” powinny przejść do wiersza 23 (pominąwszy wiersze 4–22), aby wskazać, że załączają kopię pisma określającego uprawnienia do świadczeń.

**BIEŻĄCE KWOTY MIESIĘCZNE**

(jeżeli nie ma żadnych dochodów, wpisać 0 USD)

	<b>Dochody wnioskodawcy</b>	<b>Dochody współmałżonka</b>
4. Miesięczne świadczenia z ubezpieczenia społecznego przed potrąceniami	USD _____	USD _____
5. Miesięczne świadczenia z tytułu emerytury kolejowej przed potrąceniami	USD _____	USD _____
6. Miesięczne świadczenia dla weteranów przed potrąceniami	USD _____	USD _____
7. Miesięcznie – inne emerytury i renty przed potrąceniami (wyłączając kwoty wykazane w części <b>Majątek</b> poniżej)	USD _____	USD _____
8. Miesięcznie – inne dochody niewymienione powyżej (w tym alimenty, dochody netto z wynajmu, odszkodowania pracownicze, prywatne lub państwowe zasiłki dla niepełnosprawnych)	USD _____	USD _____
<b>8A. Określić RODZAJ innego dochodu (wiersz 8):</b>	_____	_____
9. <b>Całkowity dochód MIESIĘCZNY</b> (dodać wiersze 4–8)	USD _____	USD _____

Jeśli dochód wnioskodawcy przekracza limit dla świadczenia „Extra Help” w roku kalendarzowym, w którym składany jest wniosek (zob. strona internetowa EPIC pod adresem [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm) lub strona internetowa Wydziału Ubezpieczeń Społecznych pod adresem <http://www.ssa.gov>), należy pominąć wiersze 10–22. Osoby, które nie mają dostępu do Internetu, mogą zadzwonić na infolinię EPIC pod numer: 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138).

10. Czy jakiegokolwiek kwoty wykazane w wierszach 4–8 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat? Tak  Nie
11. Rachunki bankowe – łączne aktualne saldo (rachunek bieżący, rachunek oszczędnościowy, money market, certyfikaty depozytowe) USD \_\_\_\_\_
12. Akcje, obligacje, obligacje oszczędnościowe, fundusze inwestycyjne Indywidualne konta emerytalne lub inne podobne inwestycje USD \_\_\_\_\_
13. Gotówka w domu lub w innym miejscu USD \_\_\_\_\_
14. **Majątek ogółem** (dodać wiersze 11–13) USD \_\_\_\_\_

Jeśli majątek wnioskodawcy przekracza limit dla świadczenia „Extra Help” w roku kalendarzowym, w którym składany jest wniosek (zob. strona internetowa EPIC pod adresem [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm) lub podobne informacje na stronie internetowej CMS), należy pominąć wiersze 15–22 i podpisać dokument.

15. Czy majątek zostanie wykorzystany na pokrycie kosztów pogrzebu lub pochówku? Tak  Nie
16. Czy wnioskodawca posiada inne nieruchomości niż dom? Tak  Nie
17. Ilu krewnym mieszkającym z wnioskodawcą zapewnia on co najmniej połowę ich wsparcia finansowego? (nie wliczać siebie ani współmałżonka) \_\_\_\_\_
18. Jakie są przewidywane zarobki przed opodatkowaniem i potrąceniami w tym roku kalendarzowym? Wnioskodawca: USD \_\_\_\_\_  
Współmałżonek: USD \_\_\_\_\_
19. W przypadku samozatrudnienia – jakie są oczekiwane dochody lub straty netto w tym roku kalendarzowym? Wnioskodawca: USD \_\_\_\_\_  
Współmałżonek: USD \_\_\_\_\_
20. Czy jakiegokolwiek kwoty wykazane w wierszach 18 lub 19 uległy zmniejszeniu w ciągu ostatnich dwóch lat? Tak  Nie
21. Jeśli ostatnio zakończono pracę lub planuje się ją zakończyć, podać miesiąc i rok (na przykład: 09/2018) Wnioskodawca: \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_  
Współmałżonek: \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

**22. Jeśli współmałżonek ma mniej niż 65 lat i jest niewidomy lub niepełnosprawny –**

czy wnioskodawca lub współmałżonek płaci za udogodnienia, które umożliwiają współmałżonkowi pracę?

Tak  Nie  Nd.

**23. Jeżeli wnioskodawca zakwalifikował się już do programu oszczędnościowego**

**Medicare i otrzymuje świadczenia „Extra Help” –**

czy dołączono kopię pisma określającego uprawnienia do świadczeń?

Tak  Nie  Nd.

**Jeżeli ktoś pomagał wnioskodawcy w wypełnianiu tego formularza, należy podać imię, nazwisko, adres i numer telefonu tej osoby.**

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Numer telefonu (z numerem kierunkowym)

(      )

Adres korespondencyjny

Miejscowość / Stan / Kod pocztowy

**Uważnie przeczytać i podpisać poniżej:**

**Zaświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Mieszkam w stanie Nowy Jork i obecnie nie pobieram pełnych świadczeń Medicaid.** Wiem, że wymagane jest podanie dowodów dotyczących mojego wieku, dochodów, miejsca zamieszkania, statusu Medicare i planu leków Medicare Part D, o ile dotyczy. Wiem również, że mam obowiązek zapisać się do planu leków Medicare Part D, by móc zapisać się do programu EPIC. Wiem, że niedopełnienie obowiązku zapewnienia informacji pozwalających na identyfikację tożsamości w celu zapisania się do planu Part D lub na dotację Medicare (Extra Help) – w przypadku kwalifikowania się do niej – może być powodem do wygaśnięcia polisy EPIC. Wyrażam zgodę na wymianę wszelkich informacji niezbędnych do potwierdzenia mojej kwalifikacji do programu w ramach i pomiędzy EPIC, Wydziałem Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration), Medicare, Programem Medicaid stanu Nowy Jork, Wydziałem Podatkowym stanu Nowy Jork, planami leków Medicare Part D i wszelkimi innymi podmiotami, w przypadku których jest to konieczne. W przypadku podwójnego świadczenia lub zbyt wysokiej wypłaty ze strony EPIC przyznaję EPIC wszelkie świadczenia dotyczące leków, do których mam prawo w ramach planu Part D lub jakiegokolwiek planu rządowego. Upoważniam instytucje służby zdrowia do ujawniania programowi EPIC moich danych medycznych związanych z lekami na receptę i/lub diagnozami dla celów wykorzystania przy wypłatach, audytach lub powiązanych operacjach w ramach opieki zdrowotnej.

**Wnioskodawca oraz współmałżonek (w przypadku wspólnego zamieszkania) muszą złożyć podpis poniżej:**

Podpis wnioskodawcy (lub podpis przedstawiciela prawnego)

Data

Podpis współmałżonka (lub podpis przedstawiciela prawnego)

Data

**Uwaga: jeśli osoba uprawniona do świadczenia „Extra Help” nie wypełni wierszy 4–22 lub nie dostarczy kopii pisma określającego uprawnienia do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, jej wniosek zostanie uznany za niekompletny.**

Wypełniony formularz przesać na adres: EPIC

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

lub faksem: (518) 452-3576



Department  
of Health

EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

Osoba samotna	Dochód roczny		Opłata roczna
	Do	\$ 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	
Ponad	\$20,000	Zob. plan udziału własnego	

Żonaty/zameżna	Wspólny roczny dochód		Opłata roczna (Każda osoba)
	Do	\$ 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	
Ponad	\$26,000	Zob. plan udziału własnego	



# Stawki EPIC

## Harmonogram planu udziału własnego

**Obszary zacienione – udział własny w ramach EPIC będzie mniejszy od podanej kwoty.**

	Roczny dochód		Wspólny roczny dochód		Wspólny roczny dochód	
	Roczny udział własny	Zob. plan opłat	Roczny udział własny (Każda osoba)	Zob. plan opłat	Roczny udział własny (Każda osoba)	Zob. plan opłat
	Ponizej \$20,000	Zob. plan opłat	Ponizej \$26,000	Zob. plan opłat	\$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		
	Ponad \$75,000	Nie kwalifikuje się			Ponad \$100,000	Nie kwalifikuje się

Osoba samotna

Żonaty/zamężna