



Что такое EPIC?

EPIC — программа страхового покрытия лекарственных препаратов для пожилых граждан (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage), которая действует в шт. Нью-Йорк и находится в ведении Департамента здравоохранения. В рамках программы пожилым людям предоставляется помощь с доплатой за лекарства, покрываемые частью D Medicare после полной **оплаты франшизы по части D**. Программой EPIC также покрывается большая часть лекарств, исключенных из части D программы Medicare.

- Участники **плана со взносом** делают годовой взнос в программу EPIC исходя из своего дохода. Доплаты EPIC составляют от 3 \$ до 20 \$ в зависимости от стоимости препарата. Лица, получающие полную дополнительную помощь (Extra Help) в рамках Medicare, освобождаются от взноса в EPIC.
- Участники **плана с франшизой** должны оплачивать годовую франшизу за счет личных средств в зависимости от доходов, прежде чем они начнут оплачивать доплаты EPIC на лекарства.

В рамках EPIC также выплачиваются взносы по части D Medicare (до суммы базового плана) для участников с годовым доходом менее 23 000 \$ долларов (не состоящих в браке) и 29 000 \$ долларов (состоящих в браке).

Лица с более высоким доходом оплачивают страховые взносы по плану части D самостоятельно.

- Для помощи в оплате франшиза EPIC уменьшается на сумму годовой стоимости базового плана по части D Medicare.
- Франшиза EPIC для лиц с доходами, указанными в закрашенных областях таблицы плана с франшизой, будет меньше указанной суммы.

Кто может принять участие в программе?

- Жители штата Нью-Йорк в возрасте 65 лет и старше с ежегодным доходом до 75 000 \$ (не состоящие в браке) и до 100 000 \$ (состоящие в браке).
- Пожилые люди, соответствующие критериям участия, которые участвуют в программе Medicaid с условием вычета своих медицинских расходов из дохода (Medicaid spend down) и не получают полного пакета льгот Medicaid.

Подписка на часть D Medicare

Для получения льгот EPIC **все участники программы EPIC должны также быть подписаны на часть D**. Поскольку EPIC является государственной программой помощи в оплате лекарственных препаратов, все подписчики в течение года после подписки на EPIC также имеют право подписаться на план по части D. Кроме того, раз в год они могут поменять план по части D Medicare.

Дополнительная помощь (Extra Help) поможет сэкономить деньги!

EPIC будет использовать информацию из этой формы для подачи заявления на получение дополнительной помощи (Extra Help) от имени пожилого человека, если он соответствует критериям дохода, и только пункты 1–3 будут использоваться для определения принятия решения EPIC.

- Пожилые люди, уже получающие дополнительную помощь, могут приложить к заполненной форме копию постановления Управления социального обеспечения (Social Security Administration).
- Если предоставление дополнительной помощи в полном размере будет одобрено, пожилой человек будет вносить доплату в меньшем размере и к нему не будут применяться исключения из покрытия по части D Medicare. Medicare и EPIC полностью или почти полностью оплачивать будут ежемесячный взнос по плану по части D.

Процедура подачи заявления

- Заполните заявление, подпишите его и отправьте по почте на указанный ниже адрес.
- Укажите ваш общий доход с супругом/супругой, если вы проживаете вместе (даже если только один из вас подает заявление), и оба подпишите заполненную форму.
- Заявления подаются раздельно, но супруги, проживающие вместе, могут использовать одну форму на двоих. Отметьте вариант «Не состою в браке», если вы холосты, разведены, являетесь вдовцом/вдовой или ваш супруг/супруга не живет с вами (например, в доме престарелых). Отметьте вариант «Состою в браке», если вы с супругом/супругой проживаете вместе.

Для получения дополнительной информации звоните в справочную службу EPIC по бесплатному номеру: **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**

Загрузить заявление можно по адресу http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm.

При загрузке выберите предпочитаемый язык.

Или напишите по адресу: **EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018.**

Доход за предыдущий год

Пункты 1–3 используются для определения расценок программы EPIC. Если вы СОСТОИТЕ В БРАКЕ и проживаете с супругом/супругой, заполните информацию на вас обоих. Используя сумму (суммы) из пункта 3, просмотрите таблицу ставок EPIC на обороте этой страницы, чтобы определить свой план и ежегодный взнос или ежегодную франшизу на основании своего дохода.

Кто может получать дополнительную помощь

Пожилые люди, уже получившие право на участие в сберегательной программе Medicare (Medicare Savings), автоматически получают право на дополнительную помощь. Пришлите копию своего постановления. Вы можете пропустить пункты 4–22, если соответствуете требованиям.

Текущий ежемесячный доход

- Пункты 4–9. Укажите текущий ежемесячный доход до вычетов по каждому типу, например социальное обеспечение, пособия для ветеранов. Если сумма меняется из месяца в месяц, посчитайте средний ежемесячный доход за последние 12 месяцев по каждому пункту. НЕ включайте заработную плату и доход от предпринимательской деятельности, процентный доход, дивиденды, государственную помощь, возмещение медицинских расходов или выплаты на патронатное воспитание. Укажите «0 \$», если у вас нет дохода, о котором нужно сообщить в этом пункте.
- Пункт 8а. Укажите ТИП другого дохода, который вы или супруг/супруга указываете в пункте 5, например алименты, чистый доход от сдачи помещений в аренду, компенсация работникам, частные или государственные выплаты по инвалидности и т. д.
- Пункт 10. Укажите, уменьшились ли какие-либо суммы, указанные в пунктах 4–8, за последние два года.

Активы

- Пункты 11–14. Укажите текущий баланс (или приблизительную сумму) банковских счетов, инвестиций или наличных денег, которыми владеете вы, супруг/супруга (если вы женаты и живете вместе) или вы оба. Включите наличные деньги или инвестиции, которыми один из вас владеет вместе с другим человеком. **НЕ включайте свой дом, транспортные средства, участки для захоронения, личное имущество, а также выплаты из фонда социального обеспечения или дополнительного социального пособия (SSI). В каждом пункте укажите «0 \$», если их нет.**

Прочие расходы и доходы

Если вы НЕ СОСТОИТЕ В БРАКЕ, ответьте на вопросы 12–14 с учетом своих доходов и активов. Если вы СОСТОИТЕ В БРАКЕ и проживаете с супругом/супругой, ответьте на вопросы 12–14, исходя из ваших СОВМЕСТНЫХ доходов и активов, если это применимо.

- Пункт 15. Отметьте «Да», если вы ожидаете, что наличные или деньги от любых инвестиций, перечисленных в разделе «Активы» в пунктах 8–10, будут использованы для оплаты расходов на похороны или погребение вас либо супруга/супруги. В противном случае отметьте «Нет».
- Пункт 16. Отметьте «Да», если вы или супруг/супруга владеете недвижимостью, отличной от вашего дома (примеры: дача, арендуемая недвижимость или незастроенная земля, которая находится отдельно от вашего дома). В противном случае отметьте «Нет».
- Пункт 17. Укажите количество проживающих с вами родственников, которые зависят от вашей финансовой поддержки или вашего/вашей супруга/супруги как минимум наполовину. Родственниками могут быть любые лица, связанные с вами кровным родством, браком или усыновлением/удочерением. Укажите «0», если вопрос не относится к вам.

Ответьте на вопросы 18–22 только в том случае, если вы и супруг/супруга (при совместном проживании) РАБОТАЛИ в течение последних двух лет.

В противном случае не отвечайте на вопросы 18–22.

- Пункт 18. Оцените сумму, которую вы или ваш супруг/супруга рассчитываете получить в виде заработной платы **до вычета налогов и отчислений** в этом календарном году.
- Пункт 19. Если вы индивидуальный предприниматель, оцените сумму, которую вы или супруг/супруга рассчитываете заработать либо потерять в этом календарном году. Введите отрицательное число, если вы ожидаете потерь.
- Пункт 20. Отметьте «Да», если суммы, указанные в пунктах 18 или 19, уменьшились за последние два года. В противном случае отметьте «Нет».
- Пункт 21. Укажите месяц и год (ММ/ГГГГ), когда вы прекратили или планируете вещи работать. Оставьте этот пункт пустым, если вы или супруг/супруга планируете продолжать работать.
- Пункт 22. Отметьте «Да» или «Нет», если вы или супруг/супруга оплачиваете предметы, которые необходимы ему/ей для работы. Примеры таких затрат: инвалидное кресло, расходы на лечение и лекарства от болезней, услуги личной сиделки, модификация транспортного средства или другие транспортные потребности, вспомогательные технологии, связанные с работой, расходы на собаку-поводыря, сенсорные и визуальные приспособления, перевод текста на шрифт Брайля. Отметьте Н/П (не применимо), если вы холосты или супруг/супруга старше 65 лет.
- Пункт 23. Если вы уже получаете дополнительную помощь, приложите копию постановления.



Заявление

НУЖНА ПОМОЩЬ? ЗВОНИТЕ ПО БЕСПЛАТНОМУ НОМЕРУ 1-800-332-3742 ¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1-800-332-3742

Заполнять разборчиво печатными буквами.

Кто подает заявление и на что? Только Вы сами Вы и Ваша супруга / Ваш супруг Только на дополнительную помощь (Extra Help)

Ваши фамилия _____ Имя _____ Средний инициал _____

На имя (если отличается от вышеуказанного) _____

Адрес места жительства (полностью, не P.O. Box) _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Адрес для корреспонденции (если отличается от вышеуказанного) _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Имя и фамилия супруга (если жив)

Фамилия _____ Имя _____ Средний инициал _____

Номер телефона супруга/супруги

Код населенного пункта _____
(_____) _____

Номер социального обеспечения

Пол

Женщина Мужчина X

Дата вашего рождения

Месяц _____ День _____ Год _____

Номер вашего телефона

Код населенного пункта _____
(_____) _____

Семейное положение

Вдовец/вдова, холост/не замужем или в разводе
 В браке, проживаем совместно
 Женат/замужем, но проживаем раздельно

Номер социального страхования супруга

Дата рождения супруга

Месяц _____ День _____ Год _____

Пол супруга/супруги

Женщина Мужчина X

Укажите свой номер страхового требования Medicare (красно-бело-синяя карта) _____

Укажите номер страхового требования Medicare супруга/супруги (красно-бело-синяя карта) _____

Если вы уже получаете пособие EPIC, укажите свой идентификационный номер EPIC. _____

Если супруг/супруга уже получает пособие EPIC, введите его/ее идентификационный номер EPIC. _____

Определение размера страхования EPIC: Укажите общий доход за предыдущий календарный год.

Если вы состоите в браке и проживаете совместно укажите свой общий с супругом/супругой годовой доход за предыдущий год — даже в том случае, если заявление подает только один из вас. Если вы состоите в браке, но проживаете раздельно, укажите только свой годовой доход. Чтобы подсчитать сумму годового дохода, умножьте сумму ежемесячного дохода на 12. Пункты 1–3 используются только для определения расценки EPIC.

	Ваш годовой доход	Годовой доход супруга/супруги
1. Выплаты по социальному обеспечению и/или пенсионные выплаты для работников железнодорожного транспорта (за вычетом страховых взносов части B Medicare) в виде чека или прямого перевода на счет.	\$ _____	\$ _____
2. Другой доход: пенсии, аннуитеты, проценты, дивиденды, начисления на индивидуальный пенсионный счет, прирост капитала, заработные платы, коммерческие доходы или убытки, чистый доход от сдачи помещений в аренду и т. д.	\$ _____	\$ _____
3. Общий ГОДОВОЙ доход (сумма пунктов 1 и 2)	\$ _____	\$ _____

Определение размера дополнительной помощи: укажите свой общий текущий ежемесячный доход.

EPIC использует ваши ответы в пунктах 4–22, чтобы подать заявление на получение федерального пособия под названием «Дополнительная помощь» (Extra Help) от вашего имени. Это требуется по закону для получения пособия EPIC. Если вы уже получаете дополнительную помощь, перейдите к пункту 23 (пропустите пункты 4–22), чтобы указать предоставление копии постановления.

ТЕКУЩИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ СУММЫ
(укажите «0 \$», если у вас нет дохода)

	Ваш доход	Доход супруга/супруги
4. Ежемесячное социальное обеспечение до вычетов.	\$ _____	\$ _____
5. Ежемесячная пенсионная выплата для работников железнодорожного транспорта до вычетов.	\$ _____	\$ _____
6. Ежемесячное пособие для ветеранов до вычетов.	\$ _____	\$ _____
7. Другие ежемесячные пенсии и аннуитеты до вычетов (не включая сумму, указанную в разделе «Активы» ниже).	\$ _____	\$ _____
8. Другие ежемесячные доходы, не указанные выше (включая алименты, чистый доход от сдачи помещений в аренду, компенсацию работникам в связи с производственной травмой или профзаболеванием, частные или государственные выплаты по инвалидности).	\$ _____	\$ _____
8A. Укажите ТИП других доходов (пункт 8): _____		
9. Общий ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ доход (сумма пунктов 4–8).	\$ _____	\$ _____

Если ваш доход превышает лимит, установленный для дополнительной помощи на календарный год, в котором вы подаете заявление (посетите веб-сайт EPIC по адресу http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm или веб-сайт Управления социального обеспечения по адресу <http://www.ssa.gov>), пропустите пункты 10–22. Если у вас нет доступа к Интернету, позвоните на горячую линию EPIC по номеру 1-800-332-3742 (телетайп: 1-800-290-9138).

10. Уменьшились ли какие-либо суммы, указанные в пунктах 4–8, за последние два года? Да Нет
11. Укажите общий текущий баланс на ваших банковских счетах (расчетный и сберегательный счета, краткосрочные вложения, депозитные сертификаты). \$ _____
12. Акции, облигации, сберегательные облигации, с паевые фонды, индивидуальные пенсионные счета или другие подобные инвестиции. \$ _____
13. Наличные деньги дома или в любом другом месте. \$ _____
14. **Общая сумма активов** (сумма пунктов 11–13). \$ _____

Если ваши активы превышают лимит, установленный для дополнительной помощи на календарный год, в котором вы подаете заявление (посетите веб-сайт EPIC по адресу http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm или веб-сайт CMS, чтобы найти аналогичную информацию), пропустите пункты 15–22 и перейдите к подписанию формы.

15. Будут ли ваши активы использованы для расходов на похороны или погребение? Да Нет
16. Владете ли вы другой недвижимостью, кроме своего дома? Да Нет
17. Сколько родственников, проживающих с вами, зависят от вашей финансовой помощи как минимум наполовину (не включая вас и супруга/супругу)? _____
18. Какую заработную плату до вычета налогов и отчислений вы ожидаете получить в этом календарном году? Вы: \$ _____
Супруг/супруга: \$ _____
19. Если вы индивидуальный предприниматель, каковы ваши ожидаемые чистые доходы или убытки в этом календарном году? Вы: \$ _____
Супруг/супруга: \$ _____
20. Уменьшились ли суммы, указанные в пунктах 18 или 19, за последние два года? Да Нет
21. Если вы недавно прекратили работать или планируете это сделать, укажите месяц и год (например: 09/2018) Вы: _____ / 20 _____
Супруг/супруга: _____ / 20 _____

22. Если супруг/супруга моложе 65 лет и имеет диагноз слепоты или другой

инвалидности, оплачиваете ли вы либо супруг/супруга вещи, которые необходимы ему/ей для работы?

Да Нет Н/П

23. Если вы уже имеете право на участие в сберегательной программе Medicare и

получаете дополнительную помощь, приложили ли вы копию своего постановления?

Да Нет Н/П

Если кто-то помог вам заполнить эту форму, укажите его имя, фамилию, адрес и номер телефона.

Имя и фамилия (печатными буквами)

Номер телефона (с междугородным кодом)

()

Почтовый адрес

Город / штат / почтовый индекс

Внимательно прочитайте и подпишите ниже:

Я подтверждаю правильность информации, указанной в настоящей форме. Я проживаю в штате Нью-Йорк и в настоящее время не получаю полного пакета льгот по программе Medicaid. Я знаю, что должен (-на) предоставить подтверждение своего возраста, дохода, места жительства, статуса по программе Medicaid и плана покрытия лекарственных средств по части D программы Medicare (если есть). Мне также известно, что для подписки на программу EPIC я должен (-на) быть подписан (-а) на план покрытия лекарственных средств по части D программы Medicare. Я понимаю, что отсутствие подтверждающей информации, необходимой для подписки на план по части D или оформления субсидии (дополнительной помощи) Medicare (в случае соответствия требованиям), может привести к прекращению страхового покрытия EPIC. Я даю согласие на обмен любой информацией, необходимой для проверки моего соответствия установленным критериям, внутри и между такими организациями, как EPIC, Управление социального обеспечения (Social Security Administration), программы Medicare и Medicaid в штате Нью-Йорк, Налоговый департамент штата Нью-Йорк (NYS Tax Department), план покрытия лекарственных средств по части D программы Medicare, а также другими соответствующими учреждениями. При дублировании оплаты или переплаты от EPIC я передаю EPIC права на любые льготы, причитающиеся мне по плану по части D или государственному плану. Я разрешаю учреждениям и специалистам, предоставляющим мне медицинское обслуживание, передавать программе EPIC мою медицинскую информацию, касающуюся рецептов и/или диагнозов, для использования в целях оплаты и аудита или для осуществления работы медицинского учреждения.

Вы и ваш супруг (если вы состоите в браке и проживаете совместно) должны расписаться ниже:

Ваша подпись (или уполномоченного представителя)

Дата

Подпись супруга/супруги (или уполномоченного представителя)

Дата

Важное примечание: если вы имеете право на дополнительную помощь и не заполнили пункты 4–22 или не предоставили копию постановления назначения пособия социального обеспечения, то ваше заявление будет считаться неполным.

Отправьте заполненную форму на адрес: EPIC

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

или на номер факса: (518) 452-3576



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

Не состоит в браке

Годовой доход	Годовой взнос
Менее 6000 \$	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 \$
Более 20 000 \$	См. план с франшизой

Женат/замужем

Совместный годовой доход	Годовой взнос (с каждого лица)
Менее 6000 \$	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 \$
Более 26 000 \$	См. план с франшизой



Таблицы расценок EPIC Таблица плана с франшизой

Закрашенные области — ваша франшиза EPIC будет меньше указанной суммы.

Годовой доход	Годовая франшиза
Менее 20 000 \$	См. план со взносом
20 001 \$ – 21 000 \$	530 \$
21 001 \$ – 22 000 \$	550 \$
22 001 \$ – 23 000 \$	580 \$
23 001 \$ – 24 000 \$	720 \$
24 001 \$ – 25 000 \$	750 \$
25 001 \$ – 26 000 \$	780 \$
26 001 \$ – 27 000 \$	810 \$
27 001 \$ – 28 000 \$	840 \$
28 001 \$ – 29 000 \$	870 \$
29 001 \$ – 30 000 \$	900 \$
30 001 \$ – 31 000 \$	930 \$
31 001 \$ – 32 000 \$	960 \$
32 001 \$ – 33 000 \$	1160 \$
33 001 \$ – 34 000 \$	1190 \$
34 001 \$ – 35 000 \$	1230 \$
35 001 \$ – 36 000 \$	1260 \$
36 001 \$ – 37 000 \$	1290 \$
37 001 \$ – 38 000 \$	1320 \$
38 001 \$ – 39 000 \$	1350 \$
39 001 \$ – 40 000 \$	1380 \$
40 001 \$ – 41 000 \$	1410 \$
41 001 \$ – 42 000 \$	1440 \$
42 001 \$ – 43 000 \$	1470 \$
43 001 \$ – 44 000 \$	1500 \$
44 001 \$ – 45 000 \$	1530 \$
45 001 \$ – 46 000 \$	1560 \$
46 001 \$ – 47 000 \$	1590 \$
47 001 \$ – 48 000 \$	1620 \$
48 001 \$ – 49 000 \$	1650 \$
49 001 \$ – 50 000 \$	1680 \$
50 001 \$ – 51 000 \$	1710 \$
51 001 \$ – 52 000 \$	1740 \$
52 001 \$ – 53 000 \$	1770 \$
53 001 \$ – 54 000 \$	1800 \$
54 001 \$ – 55 000 \$	1830 \$
55 001 \$ – 56 000 \$	1860 \$
56 001 \$ – 57 000 \$	1890 \$
57 001 \$ – 58 000 \$	1920 \$
58 001 \$ – 59 000 \$	1950 \$
59 001 \$ – 60 000 \$	1980 \$
60 001 \$ – 61 000 \$	2010 \$
61 001 \$ – 62 000 \$	2040 \$
62 001 \$ – 63 000 \$	2070 \$
63 001 \$ – 64 000 \$	2100 \$
64 001 \$ – 65 000 \$	2130 \$
65 001 \$ – 66 000 \$	2160 \$
66 001 \$ – 67 000 \$	2190 \$
67 001 \$ – 68 000 \$	2220 \$
68 001 \$ – 69 000 \$	2250 \$
69 001 \$ – 70 000 \$	2280 \$
70 001 \$ – 71 000 \$	2310 \$
71 001 \$ – 72 000 \$	2340 \$
72 001 \$ – 73 000 \$	2370 \$
73 001 \$ – 74 000 \$	2400 \$
74 001 \$ – 75 000 \$	2430 \$
Больше 75 000 \$	Не соответствует критериям участия

Не состоит в браке

Совместный годовой доход	Годовая франшиза (с каждого лица)
Менее 26 000 \$	См. план со взносом
26 001 \$ – 27 000 \$	650 \$
27 001 \$ – 28 000 \$	675 \$
28 001 \$ – 29 000 \$	700 \$
29 001 \$ – 30 000 \$	725 \$
30 001 \$ – 31 000 \$	900 \$
31 001 \$ – 32 000 \$	930 \$
32 001 \$ – 33 000 \$	960 \$
33 001 \$ – 34 000 \$	990 \$
34 001 \$ – 35 000 \$	1020 \$
35 001 \$ – 36 000 \$	1050 \$
36 001 \$ – 37 000 \$	1080 \$
37 001 \$ – 38 000 \$	1110 \$
38 001 \$ – 39 000 \$	1140 \$
39 001 \$ – 40 000 \$	1170 \$
40 001 \$ – 41 000 \$	1200 \$
41 001 \$ – 42 000 \$	1230 \$
42 001 \$ – 43 000 \$	1260 \$
43 001 \$ – 44 000 \$	1290 \$
44 001 \$ – 45 000 \$	1320 \$
45 001 \$ – 46 000 \$	1575 \$
46 001 \$ – 47 000 \$	1610 \$
47 001 \$ – 48 000 \$	1645 \$
48 001 \$ – 49 000 \$	1680 \$
49 001 \$ – 50 000 \$	1715 \$
50 001 \$ – 51 000 \$	1745 \$
51 001 \$ – 52 000 \$	1775 \$
52 001 \$ – 53 000 \$	1805 \$
53 001 \$ – 54 000 \$	1835 \$
54 001 \$ – 55 000 \$	1865 \$
55 001 \$ – 56 000 \$	1895 \$
56 001 \$ – 57 000 \$	1925 \$
57 001 \$ – 58 000 \$	1955 \$
58 001 \$ – 59 000 \$	1985 \$
59 001 \$ – 60 000 \$	2015 \$

Женат/замужем

Совместный годовой доход	Годовая франшиза (с каждого лица)
60 001 \$ – 61 000 \$	2045 \$
61 001 \$ – 62 000 \$	2075 \$
62 001 \$ – 63 000 \$	2105 \$
63 001 \$ – 64 000 \$	2135 \$
64 001 \$ – 65 000 \$	2165 \$
65 001 \$ – 66 000 \$	2195 \$
66 001 \$ – 67 000 \$	2225 \$
67 001 \$ – 68 000 \$	2255 \$
68 001 \$ – 69 000 \$	2285 \$
69 001 \$ – 70 000 \$	2315 \$
70 001 \$ – 71 000 \$	2345 \$
71 001 \$ – 72 000 \$	2375 \$
72 001 \$ – 73 000 \$	2405 \$
73 001 \$ – 74 000 \$	2435 \$
74 001 \$ – 75 000 \$	2465 \$
75 001 \$ – 76 000 \$	2495 \$
76 001 \$ – 77 000 \$	2525 \$
77 001 \$ – 78 000 \$	2555 \$
78 001 \$ – 79 000 \$	2585 \$
79 001 \$ – 80 000 \$	2615 \$
80 001 \$ – 81 000 \$	2645 \$
81 001 \$ – 82 000 \$	2675 \$
82 001 \$ – 83 000 \$	2705 \$
83 001 \$ – 84 000 \$	2735 \$
84 001 \$ – 85 000 \$	2765 \$
85 001 \$ – 86 000 \$	2795 \$
86 001 \$ – 87 000 \$	2825 \$
87 001 \$ – 88 000 \$	2855 \$
88 001 \$ – 89 000 \$	2885 \$
89 001 \$ – 90 000 \$	2915 \$
90 001 \$ – 91 000 \$	2945 \$
91 001 \$ – 92 000 \$	2975 \$
92 001 \$ – 93 000 \$	3005 \$
93 001 \$ – 94 000 \$	3035 \$
94 001 \$ – 95 000 \$	3065 \$
95 001 \$ – 96 000 \$	3095 \$
96 001 \$ – 97 000 \$	3125 \$
97 001 \$ – 98 000 \$	3155 \$
98 001 \$ – 99 000 \$	3185 \$
99 001 \$ – 100 000 \$	3215 \$
Больше 100 000 \$	Не соответствует критериям участия