



의료, 처방 의약품, 식품 보조 프로그램
표시 방법- 적용되는 칸에 "X"로 표시하십시오.

메디케어 파트 B 혜택
(메디케어 'B' 월 보험금 공제)

_____ 미혼이거나 독신의 경우,
귀하의 한 달 수입:
\$1,239 또는 그 이하?

_____ 기혼 또는 동거인이 있는 경우,
가족의 한 달 수입:
\$1,660 또는 그 이하?

메디케어 파트 D 혜택
(처방 약품비 추가 보조)

_____ 미혼이거나 독신의 경우,
귀하의 한 달 수입:
\$1,354 또는 그 이하?

_____ 기혼 또는 동거인이 있는 경우,
가족의 한 달 수입:
\$1,821 또는 그 이하?

식품 보조
(SNAP 또는푸드 스탬프로 알려져 있음)

_____ 미혼이거나 독신의 경우,
귀하의 한 달 수입:
\$1,174 또는 그 이하?

_____ 기혼 또는 동거인이 있는 경우,
가족의 한 달 수입:
\$1,579 또는 그 이하?

_____ 나는 그 외의 혜택에 대한 자격 여부를 알기 위하여 연락 받기
원합니다.

이름 _____

주소 _____ 시/우편번호 _____

전화번호 _____ 이메일 _____