

<b>NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b> (últimos 4 dígitos)
-----------------------------------	---

**FORMULARIO 6. DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS Y DE FARMACIA NO REEMBOLSADOS**

<p><b>Si el jefe de familia, jefe conjunto o cónyuge está discapacitado y/o tiene 62 años de edad o más y <u>tiene gastos médicos o de farmacia no reembolsados</u></b> (que ya no se hubieran pagado por otra persona que no fuera usted), complete este formulario para cada miembro del grupo familiar con gastos médicos o de farmacia. Debe presentar la verificación de todos los gastos médicos y de farmacia no reembolsados en los que se hubiera incurrido en los últimos 12 meses si se está previsto que sea un gasto el año próximo. Esto incluye copias de cheques cancelados, recibos o declaraciones de una compañía de seguros. Entregue un impreso de farmacia para cualquier pago de medicamento recetado no reembolsado que haya hecho en los últimos 12 meses.</p> <p align="center"><b>A COMPLETAR Y FIRMAR POR EL JEFE DE FAMILIA</b></p>	<b>¿Ha completado usted este formulario?</b>	
	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No aplicable</b> <input type="checkbox"/>

**¿Reúne su grupo familiar los requisitos para una deducción por gastos médicos?**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene usted algún gasto de farmacia no reembolsado?                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Paga una prima de Medicare o seguro médico?                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Algún miembro de la familia está pagando actualmente facturas médicas antiguas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Se prevé algún gasto médico para los próximos 12 meses?                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**Si respondió que sí a alguna de las preguntas anteriores, complete el siguiente cuadro:**

Nombre del miembro del grupo familiar	Gasto admisible (Farmacia, primas de seguro, odontología, audífonos, anteojos, equipos médicos)	Importe adeudado, abonado en el pasado o previsto para los próximos 12 meses* (presente comprobante de pago o factura)	Fecha de gastos o frecuencia del pago (mensual, anual, etc.)	Nombre y número de teléfono de la institución que presta el servicio

\*Si no hubiera copias disponibles de cheques cancelados, recibos o estados de cuenta de una compañía de seguros, debe presentar una declaración de su médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios médicos relacionado, especificando la naturaleza y el importe de los gastos previstos para los próximos 12 meses. Sólo la parte de los gastos médicos totales que supere el 3% ingreso anual del grupo familiar es una deducción permitida.

Certifico que la información que antecede es exacta y entiendo que, en virtud de la ley federal, el hecho de suministrar falsas declaraciones a una agencia del gobierno es pasible de sanción y puede dar como resultado la pérdida del subsidio.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**