

CONDADO DE LOS ÁNGELES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

COMMUNITY PARTNERS

SOLICITUD PARA EL PLAN DE CAPACIDAD DE PAGO: MY HEALTH LA

138% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA

(El 1 de abril el año 2016 al 31 de marzo 2017)

FAMILIARES QUE VIVEN EN EL HOGAR¹	TOTAL DE INGRESOS MENSUALES MÁXIMOS²
1	igual o inferior a \$ 1,367
2	igual o inferior a \$ 1,843
3	igual o inferior a \$ 2,319
4	igual o inferior a \$ 2,795
5	igual o inferior a \$ 3,271
6	igual o inferior a \$ 3,747
7	igual o inferior a \$ 4,224
8	igual o inferior a \$ 4,703
9	igual o inferior a \$ 5,181
10	igual o inferior a \$ 5,660
11	igual o inferior a \$ 6,138
12	igual o inferior a \$ 6,616

Más de 12 miembros

Por cada miembro adicional, agregue \$ 479

¹ Incluir a los hijos por nacer en el número de integrantes de la familia.

² Para el programa Capacidad de Pago (Ability-to-Pay, ATP), se eliminan todas las deducciones:

- \$90 para personas que trabajan
- guardería
- gastos de seguros médicos y
- manutención o pensión alimenticia pagada