

Utilice la parte posterior de esta página para calcular sus gastos médicos pagados de su bolsillo.

Gastos médicos pagados de su bolsillo para Exención de Vivienda

Los siguientes son sólo algunos de los gastos que podemos utilizar para el área de los gastos médicos de la solicitud. Favor de poner el total de la cantidad anual de los gastos de bolsillo junto a la categoría que pertenece. Esto es sólo para fines informativos.

ESTO NO SERÁ ENVIADO AL DEPARTAMENTO DE INGRESOS

Anote los gastos médicos pagados de su bolsillo en el año 2020

| | |
|--|---|
| Recetas Medicas: \$ _____ (Contactar a su farmacia para el total) | Corazón: \$ _____ |
| Médico: \$ _____ | Lentes / Lentes de Contacto: \$ _____ |
| Oculista: \$ _____ | Dentaduras: \$ _____ |
| Médico de Audición: \$ _____ | Aparatos Auditivos: \$ _____ |
| Dentista: \$ _____ | Pilas para aparatos auditivos: \$ _____ |
| Medicare: \$ _____ | Bastón: \$ _____ |
| Medicare Parte D: \$ _____ | Muletas: \$ _____ |
| Seguro Suplementario: \$ _____ | Andador: \$ _____ |
| Quiropráctico: \$ _____ | Silla de ruedas: \$ _____ |
| Seguro de Hogar de Ancianos: \$ _____ | Las jeringas de insulina: \$ _____ |
| Seguro de Cáncer: \$ _____ | Atencion a domicilio con licencia: \$ _____ |
| Suministros de Oxígeno: \$ _____ | Cuidado en el Hogar de Ancianos: \$ _____ |
| | Otros: \$ _____ |

Aproximadamente todo el kilometraje recorrido a las citas médicas y/o hospital en el año 2020

Total de Millas (del 1 de Enero al 31 de Diciembre) _____ X (.17 centavos) = \$ _____

Anote cualquier otros gastos médicos y las cantidades que no hemos mencionado anteriormente:

1. _____ Monto Total \$ _____
2. _____ Monto Total \$ _____
3. _____ Monto Total \$ _____
4. _____ Monto Total \$ _____

Total de los gastos médicos: \$ _____

(Por favor, de guardar una copia para sus registros)