



St. Vincent de Paul Charitable Pharmacy Eligibility Checklist

HOURS OF OPERATION

Certifying Clients:

- Monday 2:00 pm - 4:00 pm
- Thursday 10:00 am to 12:00 pm

Pharmacy Hours:

- Monday 11:00 am - 2:00 pm
- Tuesday 1:00 pm - 4:00 pm
- Thursday 10:00 pm - 6:00 pm

DOCUMENTS NEEDED FOR CERTIFICATION (2024)

____ Photo ID

____ Proof of current address

Verification of your income and the income of all members of your household, including:

____ Two most recent paychecks or pay stubs; AND/OR

____ Unemployment Benefit Statement; AND/OR

____ Statement of Social Security, SSDI, or SSI income; AND/OR

____ Income portion of Food Share Benefit Statement

____ Statement of Child Support and/or Alimony; AND/OR

____ Latest tax return (2023); AND/OR

____ Any other source of income with dollar amount received.

If you have no income, please bring:

____ Letter from the health agency or case manager of the social service agency that referred you, on agency letterhead, stating that you have no income or health insurance (sample letter provided);

AND/OR

____ Letter from anyone who gives you money to pay your bills stating that you have no income or health insurance.

Your total household monthly gross income must be at or below 300% FPL for participation in this program:

Household Size	1	2	3	4	5	Each Additional
Monthly Income	\$3,765	\$5,110	\$6,455	\$7,800	\$9,145	Add \$1,345



La Farmacia Caritativa de San Vincente de Paul

Lista de Elegibilidad

HORARIO DE APERTURA

Para certificar clientes:

- Lunes 2:00 pm - 4:00 pm
- Martes 10:00 am to 12:00 pm

Horario de la farmacia:

- Lunes 11:00 am - 2:00 pm
- Martes 1:00 pm - 4:00 pm
- Jueves 10:00 pm - 6:00 pm

DOCUMENTOS PARA CERTIFICACIÓN (2024)

____ Identificación con fotografía

____ Prueba de dirección actual

Verificación de su sueldo y el sueldo de todos los miembros de la casa, incluye:

____ Dos cheques o talones del cheque más recientes; O

____ Declaración de prestaciones por desempleo; O

____ Declaración de la Seguridad Social, SSDI, o sueldo de SSI; O

____ Porción de ingresos de la Declaración de Beneficios de FoodShare; O

____ Declaración de manutención o pensión alimenticia; O

____ Declaración de impuestos más reciente (2023); O

____ Alguna otra fuente de sueldo con importe en dólares recibido

Si usted no tiene sueldo, por favor traiga:

____ Carta membretada de la agencia de salud o trabajador social que lo refirió, donde dice que usted no tiene sueldo ni seguro médico (se provee la carta de muestra); O

____ Carta de alguien que le da dinero para pagar sus cuentas donde dice que usted no tiene sueldo ni seguro médico

Su ingreso total bruto mensual familiar debe ser o estar por debajo de 200% del Nivel de Pobreza Federal para participar en este programa:

Tamaño Doméstico	1	2	3	4	5	Cada uno adicional
Ingreso Mensual	\$3,765	\$5,110	\$6,455	\$7,800	\$9,145	Añade \$1345