

# 2020

PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE CARGOS:  
Establecimiento de Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por  
Servicios para personas con VIH en los Centros de Prevención y  
Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)

PROGRAMA  
**RYAN WHITE**  
PARTE B/ADAP



DEPARTAMENTO DE SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD  
Oficina Central para Asuntos del SIDA y  
Enfermedades Transmisibles

## Versión

Versión Núm.	Editor (a)	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
1	Norma I. Delgado Mercado, Ph.D. Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	20 de diciembre de 2014	Documento original
2	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	1 de febrero de 2016	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
3	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	1 de febrero de 2017	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
4	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	31 de enero de 2018	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
5	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	2 de noviembre de 2018	Actualización del procedimiento para el establecimiento de Limite de Cargos por servicios y Escala de Cargos por Servicios "Imposition of Charges: Not Just an Imposition, It's the Law!" 2 de octubre de 2018
6	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	25 de enero de 2019	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)
7	Ángela Lozada Sinisterra, PsyD. Wanda I. Rivera Rojas, MTS	22 de enero de 2020	Revisión de todas las secciones del documento. Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS)

## **PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICION DE CARGOS: Establecimiento de Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios (Tarifas ajustadas)**

### **I. Introducción**

El Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios o Tarifas Ajustadas tiene como objetivo principal cumplir con las disposiciones de la Ley Ryan White de 1990 según enmendada en los años 1996, 2000, 2006 y 2009 como la *Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009* (Ley Ryan White). La Ley Ryan White es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos que regula el uso de fondos administrados por la Health Resources and Services Administration (HRSA) del U.S. Department of Health and Human Services para el cuidado de personas con VIH. Esta ley va dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH/Sida y de servicios de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (“*continuum of care*”). La Ley requiere la imposición de cargos a pacientes con ingresos por encima del 100% del nivel de pobreza federal y prohíbe la imposición de cargos a pacientes que estén por debajo del 100% del nivel de pobreza federal.

Al igual que otros problemas de salud, el VIH afecta desproporcionalmente a personas de bajos ingresos, siendo la mayoría pertenecientes a grupos de minorías raciales y otros individuos que no reciben los servicios necesarios o no tienen igual acceso a los sistemas de prevención y cuidado de salud. La Ley Ryan White pretende llenar las brechas en los servicios de cuidado para la salud no cubiertas por otras fuentes de fondos. Los usuarios, que con gran probabilidad utilizarán los servicios disponibles a través de la Ley Ryan White, incluyen personas que carecen de un seguro médico privado o gubernamental (Plan de Salud del Gobierno o *Medicaid*) o que el mismo no cubre todas sus necesidades de salud.

La Ley Ryan White establece que estos fondos son de emergencia, por lo que no pueden ser utilizados para sustituir fondos asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas u otros tipos de aseguramiento, tales como *Medicaid/Medicare*, programas locales o estatales o seguros médicos privados. Por lo tanto, “los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White.” [Secc. 2612 (b) (7)(F)].

El Departamento de Salud de Puerto Rico recibe estos fondos para suplir la prestación de servicios a personas médico-indigentes con VIH/Sida en el país. La Ley Ryan White provee los recursos necesarios para que el Departamento de Salud ofrezca los servicios a la población infectada y/o afectada por el VIH/Sida, de acuerdo a la elegibilidad individual de cada paciente. Además, la Ley Ryan White Parte B le permite al Departamento de Salud subvencionar proveedores clínicos en los centros clínicos pertenecientes a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs), con personal clínico especializado en VIH para fortalecer el ofrecimiento del continuo de cuidado de los pacientes que viven con la condición.

## II. Justificación del Procedimiento:

Los pacientes que reciben servicios en los CPTETs, en su mayoría, están asegurados por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR). Por ello, es conocido que su ingreso ajustado no excede del 200% del nivel de pobreza federal. Los fondos del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud no deben ser utilizados para sufragar servicios cubiertos por otro pagador o seguro de salud, a personas con una capacidad económica mayor que sobrepase el 200% del nivel de pobreza federal, o servicios cubiertos por otros programas de salud federal como Medicare.

Para recibir los servicios subvencionados por Ryan White Parte B en los CPTETs, los ingresos de los pacientes deben estar en o bajo el 200% del nivel de pobreza según establecido en las Guías de Pobreza Federales. Las mismas se revisan anualmente. No obstante la Ley Ryan White permite ofrecer los servicios a toda persona que los solicite, siempre y cuando se establezcan cargos por servicio que tomen en consideración el nivel de pobreza del paciente (**Escala de Cargos por Servicios o *Schedule of Charges***). Además, la Ley establece que todo paciente VIH que solicite servicios en dichos CPTETs deberá ser evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el **Límite Anual de Cargos por Servicios (*Limitation on aggregate Charges*)**.

## III. Alcance:

Este procedimiento aplicará a todos los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) ya que forman parte de la Red de Proveedores Clínicos del Programa Ryan White Parte B. A tales efectos, todo paciente VIH positivo que solicite servicios en dicha red será evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el Límite Anual de Cargos por Servicio a ser impuesto y la Escala de Cargos por Servicio. Este procedimiento incluye a todos los pacientes con VIH que reciben servicios en los CPTETs con y sin seguro médico.

## IV. Elegibilidad Económica para recibir servicios

- ⌘ Anualmente el “Census Bureau” estima el nivel de pobreza de una familia o individuo basado en el aumento del índice de precios del consumidor. El nivel de pobreza es el instrumento utilizado para determinar la elegibilidad de los pacientes (<http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>).
- ⌘ Los servicios de VIH son libre de costo para el paciente que sus ingresos sean iguales o estén por debajo del 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal.
- ⌘ No se le puede negar el servicio a los pacientes VIH que no tienen dinero para pagar y no cuentan con un seguro médico.

- ✘ De acuerdo a la ley, los pacientes VIH cuyos ingresos estén sobre el 100% del nivel de pobreza se les tiene que ofrecer un descuento basado en sus ingresos.
- ✘ Para conocer la elegibilidad de los pacientes para recibir los servicios libre de costo o con descuento se utiliza la Escala Basada en Ingresos del Núcleo Familiar, según establecido por el Programa Medicaid.
- ✘ Para determinar el ingreso anual del paciente se utilizará la forma: Notificación de Acción Tomada (MA-10) de la Oficina de Asistencia Económica y el ingreso de elegibilidad indicado en este documento.
- ✘ Para los pacientes que aún no cuentan con un estatus legal en la Isla, se determinará el ingreso de elegibilidad solicitándole al paciente que declare los ingresos que recibe con regularidad.

## V. Aplicación de Imposición de Cargos:

### A. Determinación Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios

#### *(Limitation on aggregate Charges o Cap on Charges):*

- ✘ Todo paciente VIH positivo que solicite servicios en los CPTETs será evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** a ser impuesto, conforme a su ingreso.
- ✘ Los/as Manejadores/as de Casos ubicados en cada uno de los CPTETs serán responsables de entrevistar y orientar al paciente sobre el procedimiento de la determinación del límite o tope anual de cargos por servicios (Ver Anejo 1, Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios).
- ✘ Los/as Manejadores de Casos completarán el formulario (Ver Anejo 2, Establecimiento de las Tarifas Ajustadas: Escala de Cargos y Límite o tope Anual de Cargos) para determinar el nivel de indigencia al momento que el paciente ingresa al CPTET. También orientarán a todo paciente activo que no haya completado el formulario para determinar el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios**.
- ✘ Los/as Manejadores de Caso utilizarán como referencia el formulario MA-10 que provee la Oficina de Asistencia Médica (Medicaid) para verificar el ingreso de elegibilidad ajustado del paciente y calcular su nivel de indigencia. Del paciente no contar con la MA-10, se le orientará sobre cómo accederla y la importancia de ese proceso para

obtener otros beneficios subvencionados por Ryan White. Luego de esa orientación, durante la entrevista con el/la Manejador de Caso, el paciente que no cuente con la MA-10 deberá hacer una declaración de sus ingresos por concepto de ingresos o beneficios que recibe regularmente su núcleo familiar para determinar el ingreso ajustado de elegibilidad.

- ⌘ Los/as Manejadores de caso determinarán el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto utilizando como referencia la *Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular el nivel de pobreza federal* ubicada en el Anejo 2. Esta tabla se revisará anualmente tomando como base las Guías de Pobreza Federales Revisadas por el Gobierno Federal. El ingreso anual ajustado que aplique al paciente se colocará en la Sección V del Anejo 2, junto con el por ciento que le corresponda pagar conforme el nivel de pobreza en que se encuentre el paciente utilizando como referencia la *Tabla de imposición de cargos del límite o tope anual conforme al nivel de pobreza* presentada abajo. El por ciento que le corresponde al paciente conforme su ingreso anual ajustado, será aplicado para determinar el límite o tope anual de cargos que le corresponderá pagar al paciente.
  
- ⌘ Una vez completado el formulario, el paciente deberá certificar con su firma (Ver Anejo 1) que fue orientado sobre el procedimiento y se le notificará el **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** que será impuesto de acuerdo a los requisitos legislativos fiscales del Programa Ryan White que se detalla a continuación:

**Tabla de imposición de cargos del límite o tope anual conforme al nivel de pobreza**

<b>Pacientes cuyo ingreso sea:</b>	<b>Cargos Impuestos</b>
Igual o menor del 100% del nivel de pobreza federal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario. <b>Esto incluye a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno (PSG).</b>
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.
Igual o mayor del 301% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

- ⌘ Los recaudadores serán responsables en cada CPTET de recopilar y rastrear la información sobre los cargos o pagos en que los pacientes hayan incurrido o utilizado en deducibles, co-pagos, pagos a otros proveedores por servicios de VIH, primas de seguros

de salud, co-aseguros y otros cargos similares relacionados a su salud, sin limitarse a los CPTETs.

- ✘ Los recaudadores contabilizarán los gastos de salud del paciente en el formulario de **Cálculo de gastos médicos para el descuento aplicable a los servicios médicos de VIH** (Anejo 3).
- ✘ Los cargos o pagos de los pacientes a ser recopilados o rastreados incluyen:
  - ✘ Deducibles
  - ✘ Co-pagos
  - ✘ Co-aseguros
  - ✘ Primas de Seguros de Salud
  - ✘ Pagos a otros Proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud
  - ✘ Otros Cargos Similares
- ✘ Una vez el paciente haya pagado de su bolsillo el Límite o Tope de Cargos establecido, no se le volverá a cobrar durante el resto del año calendario por servicios recibidos en el CPTET para el VIH.
- ✘ El Límite de Cargos establecido no podrá ser excedido durante ningún año.
- ✘ Cada paciente será responsable de proveerle evidencia a los recaudadores de los CPTETs de cualquier pago que haya efectuado por concepto de servicios recibidos para ser acreditados. El Manejador de Caso orientará a los pacientes al respecto.
- ✘ El Límite Anual de Cargos por servicio de cada paciente será revisado anualmente al comienzo del año natural.
- ✘ Se requiere que el Programa Ryan White y la OCASET, mantengan en los CPTETs, políticas y procedimientos actualizados para establecer los procesos de elegibilidad anual, contabilizar los pagos realizados por los pacientes e informar a los pacientes sobre los procedimientos y políticas.
- ✘ Los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno (PSG) con VIH no se les cobrará co-pagos, co-aseguros ni deducibles por los servicios provistos en el CPTET, dado que su nivel de pobreza es igual o menor al 100% del nivel de pobreza federal.

## **B. Aplicación de Escala de Cargos por Servicios (Schedule of Charges o Sliding Fee Scale):**

- ⌘ Los servicios en los CPTETs a personas con VIH sin aseguramiento o plan médico serán gratuitos para todos(as) los(as) participantes que el ingreso de elegibilidad ajustado sea igual o menor al 100% del nivel de pobreza federal, según establecido por las Guías de Pobreza Anuales del Gobierno Federal. Para aquellos pacientes VIH que no cuentan con plan médico o aseguramiento y su ingreso de elegibilidad excede el 100% del nivel de pobreza federal, la OCASET ha establecido que se cobrará un cargo nominal de veinte dólares (\$20.00) por todos los servicios que reciba en su visita al CPTET (visita médica inicial, visita de seguimiento, servicios de laboratorio) ofrecido para este tipo de paciente. Además, como se indicó en la sesión anterior, siguiendo el Sistema de **Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** una vez el paciente haya llegado a su tope o límite anual de cargos conforme a su ingreso, no se le continuará cobrando por los servicios médicos que reciba durante el año en curso en los CPTETs.
- ⌘ Cuando los ingresos de un paciente VIH, con aseguramiento o plan médico, sobrepasen el 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal, se procederá a cobrar por el servicio provisto en el CPTET conforme el aseguramiento que tenga el paciente, por ejemplo se cobrará el deducible, co-pago o coaseguro que establece el plan médico del paciente. Tiene que tomarse en consideración y verificar el límite o tope de cargos anual establecido para ese paciente para determinar hasta cuándo se le cobra ese cargo.
- ⌘ Importante tener bien presente que un paciente VIH cuyos ingresos sean iguales o por debajo del 100% del nivel de pobreza establecido por el gobierno federal, su deducible, co-pago o coaseguro es \$0.00, aunque su tarjeta del plan médico indique una cantidad. De igual manera, su límite o tope anual de cargos es \$0.00. O sea, a estos pacientes no se les cobra cantidad alguna, \$0.00.

## **C. Personal que aplicará las Escalas y Límites o Tope de Cargos Anuales por Servicios:**

- ⌘ El personal de Manejo de Casos calculará anualmente el nivel de indigencia siguiendo el Procedimiento establecido en este documento. Una vez determinado los cargos por servicios que le corresponde pagar al paciente conforme a su ingreso y seguro médico (si posee uno), el/la Manejador de Casos llevará a cabo una revisión anual y actualización. La clínica establecerá en donde debe colocarse la evaluación que realice el Manejador de Caso y los documentos correspondientes, asegurando que estén accesibles tanto para este personal y las revisiones y actualizaciones que debe documentar anualmente como para las intervenciones del Recaudador de la clínica.

- ⓧ El personal de Manejo de Casos orientará a todo paciente con VIH sobre los servicios que están disponibles en el CPTET y explicará que por ser el CPTET un proveedor del Programa Ryan White, se le requiere establecer unas escalas de descuentos por los servicios que ofrece a personas con VIH tomando en consideración sus ingresos. El/la Manejador de Casos orientará a los pacientes que no cuenten con seguro de salud y no tengan su MA – 10, a dónde acudir a certificar su ingreso de elegibilidad ajustado.
  
- ⓧ Todo paciente con VIH que acuda a cualesquiera de los CPTETs a recibir servicios por su condición, una vez se determine su nivel de indigencia e ingreso de elegibilidad y sea orientado(a) sobre la Escala de Cargos aplicables por los servicios prestados y sobre el Límite Anual de Cargos por Servicios, los/as Manejadores(as) de Caso deberán cumplimentar los formularios que aparecen como anejo. La información recopilada en los formularios deberá ser revisada y actualizada anualmente, como parte del proceso de recertificación de elegibilidad para los cargos que aplican. Los formularios completados por cada participante formarán parte del expediente del/la participante.

# ANEJOS

ANEJO 1



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados

Oficina Central del SIDA y Enfermedades Transmisibles

**Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios**

Nuestra Clínica sirve a personas con diagnóstico positivo a VIH que poseen o no un seguro de salud. Por ser esta clínica proveedora de servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B, la ley Ryan White nos permite establecer tarifas ajustadas o descuentos a los cargos por servicios tomando en consideración el nivel de ingreso económico del/ de la paciente. Para recibir los servicios libre de costo el/la paciente debe estar en o bajo el 100% del nivel de pobreza, según establecido en las Guías de Pobreza Federal. Los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR) cumplen con este criterio, ya que se encuentran en o por debajo del 100% del nivel de pobreza federal.

Certifico que recibí orientación sobre la *Escala de Cargos y Límite o Tope anual de Cargos por Servicios* de los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud (CPTETs). Se me ha explicado que aunque los servicios tienen un cargo nominal para aquellos pacientes que no tienen seguro médico, si este es mi caso no tendré que pagar si mi ingreso no excede el 100% del nivel pobreza y que si lo excedo, solo tendré que pagar veinte dólares (\$20.00) por cada encuentro clínico (visita clínica) al CPTET de \_\_\_\_\_ hasta llegar al Límite o Tope Anual de Cargos establecido basado en mi ingreso. También se me ha explicado que como parte de la Escala de Tarifas y descuentos que requiere Ryan White, los CPTETs han establecido la siguiente escala de cargos con el **Límite o Topes anuales de cargos** por Servicio para personas con VIH con y sin seguro médico, conforme su ingreso:

Pacientes cuyo ingreso sea:	Cargos Impuestos
Igual o menor del 100% del nivel de pobreza federal	No se le impondrá ningún cargo por año calendario.
101% - 200% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 5% de su ingreso anual.
201% - 300% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 7% de su ingreso anual.
Igual o mayor del 301% del nivel de pobreza federal	Se le impondrá un cargo por año calendario que no exceda el 10% de su ingreso anual.

A todo paciente se le establecerá un límite o tope de cargos al año según su ingreso. Cuando llegue al tope, no se me requerirá que pague cargos adicionales en esta clínica. Es importante que presente evidencia al Recaudador de la clínica de todos mis gastos médicos, tales como co-pagos, deducibles, co-aseguros, primas de seguros de salud, pagos a otros proveedores por servicios para el VIH u otra condición de salud y otros cargos similares.

Certifico que me comprometo a traer evidencia de todos mis gastos de salud para ser acreditados a la escala de tarifas y descuentos que me corresponda según mi ingreso.

Fui orientado que está Clínica no puede negar servicios de salud, por falta de pago de los cargos que me corresponden pagar.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Manejador de Casos

\_\_\_\_\_  
Fecha



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

## Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados

Oficina Central del SIDA y Enfermedades Transmisibles

### ESTABLECIMIENTO DE LAS TARIFAS AJUSTADAS: ESCALA DE CARGOS Y LÍMITE O TOPE ANUAL DE CARGOS

I. **Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_, núm. de expediente \_\_\_\_\_, certifico que:

II. **Seguro de Salud (marcar todas las que apliquen):**

\_\_\_\_\_ Plan de Salud Del Gobierno\* (PSG)

\_\_\_\_\_ Plan Médico Privado

\_\_\_\_\_ Medicare

\_\_\_\_\_ No posee seguro Médico

\*Si el seguro de salud que posee el paciente es el Plan de Salud del Gobierno (PSG), favor de pasar a la sección V y colocar en el Límite o Tope de Cargos \$.00 y proceder con las firmas correspondientes.

III. **Tamaño del Hogar\*\*:**

\_\_\_\_\_ Número de personas que residen en el hogar, incluyendo el paciente

\*\*Miembros del hogar incluye a aquellas personas que viven en el mismo hogar que están emparentados por nacimiento, matrimonio, pareja de hecho o la adopción.

IV. **Ingreso:**

\$ \_\_\_\_\_ ingreso de elegibilidad que indica la MA-10 o la declaración de ingresos anual que reporte el paciente de su núcleo familiar.

<b>V. Establecimiento de Límite o Tope Anual de Responsabilidad de Pago:</b>	
Ingreso Anual Ajustado del Paciente***	\$
Por ciento	%
<b>Límite o Tope Anual de Cargos</b>	\$

\*\*\*Utilizar la Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal

\_\_\_\_\_  
Firma de Manejo de Caso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Aviso Para Los Pacientes \***

Este Centro de Salud desea informarle que atiende a todo paciente, sin importar su capacidad de pago.

**Tabla de Ingresos de Elegibilidad para calcular nivel de pobreza federal 2020\***

<b>Tamaño del Hogar</b>	<b>100%</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1	\$12,760	\$25,520	\$38,280	\$51,040
	\$1,063	\$2,127	\$3,190	\$4,253
2	\$17,240	\$34,840	\$51,720	\$68,960
	\$1,437	\$2,903	\$4,310	\$5,747
3	\$21,720	\$43,440	\$65,160	\$86,880
	\$1,810	\$3,620	\$5,430	\$7,240
4	\$26,200	\$52,400	\$78,600	\$104,800
	\$2,183	\$4,367	\$6,550	\$8,733
5	\$30,680	\$61,360	\$92,040	\$122,720
	\$2,557	\$5,113	\$7,670	\$10,227
6	\$35,160	\$70,320	\$105,480	\$140,640
	\$2,930	\$5,860	\$8,790	\$11,720
7	\$39,640	\$79,280	\$118,920	\$156,040
	\$3,303	\$6,606	\$9,910	\$13,004
8	\$44,120	\$88,240	\$132,360	\$176,480
	\$3,677	\$7,353	\$11,030	\$14,707

**Por cada persona adicional, añadir \$4,480 anuales y \$373 mensuales**

\* Nota: Las cantidades del recuadro corresponden al ingreso anual (arriba) y el ingreso mensual.

Fuente: Tabla basada en **2020 Annual Federal Poverty Guidelines** (January 17, 2020)  
 Publicada en [aspe.hhs.gov/poverty-guidelines](https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines)



