



## Guía de deducciones médicas para SNAP

Si tiene 60 años o más, o está discapacitado, sus gastos médicos se pueden deducir de sus ingresos y pueden aumentar sus beneficios de SNAP.

### Los costos médicos contables incluyen:

- Copagos
- Prescripciones
- Primas de seguro
- Equipo Médico
- Otros costos médicos también pueden contar, *consulte la parte posterior de esta guía para obtener una lista y una hoja de trabajo*

### Cálculo de gastos y educación general

Si ve a su médico una vez cada 3 meses, ese costo se promedia para obtener un costo mensual. Los costos de sus recetas se promedian para incluir medicamentos que no se surtan cada mes. Los costos únicos se cuentan en el mes en que se facturan.

Si sus gastos médicos son **de al menos** \$35 al mes, se deducirá una deducción médica estándar de \$183 de sus ingresos.

Si sus costos médicos son **más de** \$218 al mes, se deducirá el monto real de sus gastos médicos mensuales.

Si usted es un beneficiario actual de SNAP y recibe una factura grande de una sola vez, infórmele a su trabajador social del DHS y pida que se promedie en el transcurso de su período de certificación.



Updated April 2025  
Rhode Island Community Food Bank | 401-942-6325 | [rifoodebank.org](http://rifoodebank.org)  
Contact: Lihna Agostini, Community Outreach Director | 401-230-1698 |  
[lagostini@rifoodebank.org](mailto:lagostini@rifoodebank.org)

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE DEDUCCIONES MÉDICAS SNAP

Esta lista de verificación es solo una guía para ayudar a calcular qué gastos médicos podrían contar para una deducción. Completar este formulario NO prueba gastos. Envíe un comprobante de gastos del DHS (por ejemplo, recibos, facturas) para obtener crédito por ellos.

**ATENCIÓN MÉDICA NO REEMBOLSADA POR SEGURO** (por ejemplo, visitas al médico / clínica, atención dental, psicoterapia, rehabilitación, atención hospitalaria o ambulatoria, enfermería o atención médica domiciliaria)

| Tipo de atención | Costo/Mes |
|------------------|-----------|
|                  | \$        |
|                  | \$        |

**SEGURO DE SALUD** (por ejemplo, primas, copagos, deducibles)

| Tipo de costo | Costo/Mes |
|---------------|-----------|
|               | \$        |
|               | \$        |

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS DE SALUD** (por ejemplo, quiropráctica, acupuntura, terapia de masaje, curación de la Ciencia Cristiana)

| Tipo de tratamiento | Costo/Mes |
|---------------------|-----------|
|                     | \$        |
|                     | \$        |

**TRANSPORTE/ALOJAMIENTO PARA OBTENER TRATAMIENTO MÉDICO O SERVICIOS** (por ejemplo, kilometraje para el uso de su automóvil \$.535 la milla; costo real del autobús, metro, servicio de transporte o taxi)

| Tipo de transporte | Costo/Mes |
|--------------------|-----------|
|                    | \$        |
|                    | \$        |

**MEDICAMENTOS RECETADOS**

| Tipo de medicación | Costo/Mes |
|--------------------|-----------|
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |

**MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE PRESCRITO POR UN CENTRO DE SALUD PROVEEDOR** (por ejemplo, analgésicos, antiácidos, vitaminas, insulina, suplementos herbales)

| Tipo de medicación | Costo/Mes |
|--------------------|-----------|
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |

**SUMINISTROS RELACIONADOS CON LA SALUD PRESCRITO POR UN CENTRO DE SALUD PROVEEDOR** (por ejemplo, cuidado de los pies, suministros para la incontinencia, dentaduras postizas, audífonos/baterías, anteojos, lentes de contacto/suministros para lentes)

| Tipo de suministro | Costo/Mes |
|--------------------|-----------|
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |
|                    | \$        |

**EQUIPO DE SALUD** (por ejemplo, compra/reparación de silla de ruedas/ayuda para la movilidad, prótesis, sistema personal de respuesta a emergencias, equipo de comunicación para personas con discapacidad auditiva, del habla o visual)

| Tipo de equipo | Costo/Mes |
|----------------|-----------|
|                | \$        |
|                | \$        |
|                | \$        |

**OTROS GASTOS** (por ejemplo, asegurar y mantener animales de servicio, servicios de CNA, servicios de ama de casa / asistente)

| Otros gastos | Costo/Mes |
|--------------|-----------|
|              | \$        |
|              | \$        |

**Costo total de TODOS los gastos médicos cada mes =**