

## DISTRITO DE SALUD DE LA CIUDAD CANTON

### Solicitud de Descuento

Es la política del Distrito de Salud de la Ciudad de Canton proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad del cliente para pagar. Se ofrecen descuentos en función del tamaño de la familia y de los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a la mayoría de los servicios recibidos en esta clínica (no se aplica a los servicios de la clínica móvil o los costos de vacunas adquiridas de forma privada). Este formulario debe ser llenado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

|                          |              |                 |          |
|--------------------------|--------------|-----------------|----------|
| Name del Jefe de Familia |              | Lugar de Empleo |          |
| Dirección                |              |                 |          |
| Ciudad                   | Estado<br>OH | Código Postal   | Teléfono |

Favor de dar información de su cónyuge de sus dependientes menores de 18 años.

| Nombre          | Fecha de Nacimiento | Nombre      | Fecha de Nacimiento |
|-----------------|---------------------|-------------|---------------------|
| Jefe de Familia |                     | Dependiente |                     |
| Cónyuge         |                     | Dependiente |                     |
| Dependiente     |                     | Dependiente |                     |
| Dependiente     |                     | Dependiente |                     |
| Dependiente     |                     | Dependiente |                     |



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Canton City Health District

Ingreso Anual del Hogar

| Ingreso  | Jefe de Familia | Cónyuge | Otro | Total |
|--|-----------------|---------|------|-------|
| Salario total, percepciones, propinas, etcétera  |                 |         |      |       |
| Ingreso por negocio propio, trabajo por cuenta propia y dependientes   |                 |         |      |       |
| Compensación por desempleo, compensación por accidente de trabajo, seguridad social, ingreso suplementario de seguridad, asistencia pública, pago de veterano, beneficio de supervivencia, jubilación o pensión  |                 |         |      |       |
| Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingreso por propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia desde afuera del hogar, y otras fuentes diversas |                 |         |      |       |
| Ingresos totales   |                 |         |      |       |

**Nota: Las copias de las declaraciones de impuestos, comprobantes de pago y otra información que muestre los ingresos pueden ser requeridos antes de que el descuento sea aprobado.**

**Certifico que el tamaño, información de la familia y los ingresos descritos arriba son correctos. Entiendo que hacer una declaración falsa, engañosa, tergiversar, ocultar, retener hechos o información puede ocasionar pagar el costo de los servicios de inmunización proporcionados a mí o al paciente identificado arriba por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.**

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Nombre (Escrito a mano) | Fecha |
| Firma                   |       |

| OFFICE USE ONLY  |     |    |
|--|-----|----|
| Verification Checklist   | Yes | No |
| Proof of Address: Driver's license or current photo identification, any utility or credit card bill with patient name (or parent if patient is a minor), business documents that verify place of residency or any document that bears the name and current address of the patient (or parent if patient is a minor).   |     |    |
| Proof of Income: Most current 1040 or W-2, two recent pay stubs (at least one within the last 30 days) if consistent hours (three recent pay stubs if fluctuating hours, at least one within the last 30 days), pension, Social Security Income (SSI), disability, veteran's benefits, retirement, public assistance check stub or copy, unemployment check stub or copy, Workers' Compensation, child support and/or alimony payments (i.e. copy of divorce or dissolution decree). |     |    |
| Insurance: Insurance Card(s)   |     |    |
| Approved Discount Percentage: _____  |     |    |
| Approved by: _____ Date Approved: _____  |     |    |