



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Canton City Health District

DISTRITO DE SALUD DE LA CIUDAD CANTON Solicitud de descuento

Es la política de la CCHD 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 completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Name del Jefe de Familia		Lugar de Empleo	
Dirección			
Ciudad	Estado OH	Zona postal	Teléfono

Por favor 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, percepciones, propinas, etcétera.				
Ingreso por negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes.				
Compensación por desempleo, compensación por accidente de trabajo, seguro social, ingreso de seguro suplementario, asistencia pública, pago de veterano, beneficio de supervivencia, Ingreso por retiro y 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 muestra los ingresos pueden ser requeridos antes de que un descuento sea aprobado.

Certifico que la información de las personas pertenece a la familia y los ingresos que se muestran arriba son correctos. Entiendo que hacer una declaración falsa, engañosa, tergiversar, ocultar, retener hechos o información puede dar lugar a 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	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: _____		