



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 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: _____		