



SERVICE LOCATION:

COMPLETE PAYOR SEQUENCE:

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA ESCALONADA

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ ID del Cliente # _____

NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO #: _____

Por favor enumere a todos los miembros del hogar, incluidos aquellos menores de 18 años. lease list all household members, including those under age 18.

	Nombre	Fecha de Nacimiento
YO MISMO		
OTRO		
OTRO		
OTRO		
OTRO		

INGRESO ANUAL: (La verificación de ingresos debe adjuntarse al formulario)

FUENTE	YO MISMO	OTRO	TOTAL
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación			
Intereses; dividendos; regalías; ingresos de propiedades en alquiler, bienes y fideicomisos; manutención conyugal; manutención infantil; asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes misceláneas			
INGRESO TOTAL			

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos mostrada arriba es correcta.

Firma del Solicitante

Fecha

THIS SECTION FOR INTERNAL USE ONLY

CLIENT NAME/CLIENT ID: _____

CURRENT SELF-PAY BALANCE: _____

EXPLANATION FOR REDUCTION: _____

Business Office Signature

Date

THE BUSINESS OFFICE MUST SEND THE FEE REDUCTION REQUEST FORM AND ANY ATTACHED DOCUMENTATION TO THE FINANCE DEPARTMENT AT THE REGIONAL OFFICE IN OWENSBORO. THE FINANCE DEPARTMENT WILL APPROVE OR DENY THE REQUEST AND RETURN SUCH REQUEST TO THE BUSINESS OFFICE.

Reduction Request: ☐ APPROVED, ☐ DENIED

Fee Reduction Effective Until: _____

Approved Discount: _____

Fee Reduction Denied due to: _____

C.F.O. Signature

Date

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment identification, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		