

(Digital Card) **ACKNOWLEDGEMENT FORM #** _____

THE INCENTIVE IS INTENDED FOR VACCINE RECIPIENTS

Grant County Health Department and made possible by the WI Immunization Grant...

Is authorized to provide a \$25 digital gift card per vaccination visit to individuals who have been vaccinated by the Grant County Health Department. For purposes of record keeping, this form must be completed by both the recipient, parent or legal guardian and the Community Health Worker in order for the recipient to receive a \$25 digital gift card.

I _____ (print **RECIPIENT'S NAME**) acknowledges the following:

- I have presented proof that I have been vaccinated.
- As an incentive for being vaccinated, I have received a \$25 digital gift card per recipient to be used to purchase groceries and/or retail items;
- I have not previously received a \$25 gift card from Grant County Health Department after June 1st;
- I acknowledge that the \$25 digital gift card is funded under a federal award by the U.S. Department of Health and Human Services; and
- Given that the \$25 digital gift card is federally funded, I acknowledge that I **may not exchange** the gift card for cash or use the gift card to purchase certain unallowable and/or illegal items or products, including but not limited to:
 - Alcoholic beverages;
 - Tobacco products;
 - Firearms or weapons; and
 - Controlled substances.

Print Name (***Recipient or Parent/Guardian***)

Date

Signature (Recipient or Parent/Guardian)

Date

Email (must give an email to receive digital card)

Phone Number

Community Health Worker's Signature

Date

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO # _____
EL INCENTIVO ESTÁ DESTINADO A LOS RECEPTORES DE LA VACUNA

Departamento de Salud del Condado de Grant y hecho posible por la Subvención de Inmunización de WI ...

Está autorizado a proporcionar una tarjeta de regalo de \$25 por vacunación a las personas que han sido vacunadas por el Departamento de Salud del Condado de Grant. A los fines del mantenimiento de registros, este formulario debe ser completado tanto por el destinatario, padre o tutor legal como por el trabajador de salud comunitario para que el destinatario reciba una tarjeta de regalo de \$25.

Yo _____ (escriba en letra de imprenta NOMBRE DEL DESTINATARIO) reconoce lo siguiente:

- He presentado prueba de que he sido vacunado.
- Como incentivo por vacunarme, he recibido una tarjeta de regalo de \$25 por destinatario para comprar comestibles y/o artículos minoristas;
- No he recibido previamente una tarjeta de regalo de \$25 del Departamento de Salud del Condado de Grant después del 1 de junio;
- Reconozco que la tarjeta de regalo de \$25 está financiada por una subvención federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los USA; y
- Dado que la tarjeta de regalo de \$25 está financiada por el gobierno federal, reconozco **que no** puedo cambiar la tarjeta de regalo por dinero en efectivo ni usar la tarjeta de regalo para comprar ciertos artículos o productos no permitidos y/o ilegales, incluidos, entre otros:
 - o Bebidas alcohólicas;
 - o Productos de tabaco;
 - o Armas de fuego o armas; y
 - o Sustancias controladas.

Nombre en letra de imprenta (destinatario o padre/tutor)

Fecha

Firma (Destinataria(o) o Padre/Tutor)

Fecha

Dirección de correo electrónico

numero telefónico

Firma de la trabajador(a) de salud comunitario(a)

Fecha