

**Seaman Family Dentistry
CREATING HEALTHY YOUNG SMILES APPLICATION**

RESPONSABLE DE HOGAR INFORMACION DEL CONTACTO

Nombre:

Dirección: Ciudad, Estado: Código Postal:

Celular: Teléfono de Hogar: Teléfono de Trabajo:

Correo Electrónico:

Social Sec. No.: ID/DL#: Estado:

Otro Tipo de ID y Numero:

Relación Al Paciente: Miembros De Hogar: Total#: #Menores: #Adultos:

LOS INGRESOS DEL HOGAR

Adultos (18 y mayores) que viven en su hogar, Su estado de trabajo, y salario (antes o después de impuestos):

Adulto 1 (Responsable de Hogar): Trabaja?: Si No Incapacitado

Salario: Antes o Después de Impuestos \$ _____ Cada Semana Quincenal Mensual

Adulto 2: Rel. De Adulto 1: Trabaja?: Si No Incapacitado

Salario: Antes o Después de Impuestos \$ _____ Cada Semana Quincenal Mensual

Adulto 3: Rel. to Adulto 1: Trabaja?: Si No Incapacitado

Salario: Antes o Después de Impuestos \$ _____ Cada Semana Quincenal Mensual

Adulto 4: Rel. to Adulto 1: Trabaja?: Si No Incapacitado

Salario: Antes o Después de Impuestos \$ _____ Cada Semana Quincenal Mensual

Tiene Mas Adultos que Viven en su Hogar? SI NO Si tiene más miembros de hogar por favor pida otra forma adicional.

MENORES HABITANDO EN HOGAR

Niños (menores de 18 años) que vivan en su hogar:

Nino 1: DOB: / / Edad: Rel. Al Responsable de Hogar:

Necesidades: Cuidado Dental General Emergencia Dental Solo Asistencia Ortodoncia

Nino 2: DOB: / / Edad: Rel. Al Responsable de Hogar:

Necesidades: Cuidado Dental General Emergencia Dental Solo Asistencia Ortodoncia

Nino 3: DOB: / / Edad: Rel. Al Responsable de Hogar:

Necesidades: Cuidado Dental General Emergencia Dental Solo Asistencia Ortodoncia

Nino 4: DOB: / / Edad: Rel. Al Responsable de Hogar:

Necesidades: Cuidado Dental General Emergencia Dental Solo Asistencia Ortodoncia

Nino 5: DOB: / / Edad: Rel. Al Responsable de Hogar:

Necesidades: Cuidado Dental General Emergencia Dental Solo Asistencia Ortodoncia

Nino 6: DOB: / / Edad: Rel. Al Responsable de Hogar:

Necesidades: Cuidado Dental General Emergencia Dental Solo Asistencia Ortodoncia

Tiene más niños menores de 18 años que viven en su hogar? Si No Si tiene más miembros de hogar por favor pida otra forma adicional

SUELDO ADICIONAL

Alguna persona en su hogar recibe SNAP o cupones de alimentos del gobierno? Si No

Si recibe de esta asistencia, cuanto reciben en **total** todos sus miembros de hogar? \$ _____ al mes

Alguna persona en su hogar recibe pensión alimenticia? Si No

Si recibe de esta asistencia, cuanto reciben en **total** todos sus miembros de hogar? \$ _____ al mes

Alguna persona en su hogar recibe de otro tipo de asistencia que ayuda con los gastos del hogar? Si No

Si recibe de esta asistencia, cuanto reciben en **total** todos sus miembros de hogar? \$ _____ al mes

PRUEBADE INGRESOS- PARA COLOCAR CON LA APLICACION

Por cada adulto que trabaja en el hogar adjuntar comprobante de ingresos.

Formas de Ingresos Aceptables: Copia de la declaración de impuestos reciente, recibos de sueldo que muestran el pasado mes de renta, una declaración firmada de su trabajo, o una copia de sus actividades bancarios que muestran depósitos de ingresos durante los últimos 2 meses .

OTRA ASISTENCIA DEL CUIDADO DENTAL	
Algún miembro (adulto) de su familia recibe asistencia de seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si, cual miembro(s):	
Algún niño(s) de su familia recibe asistencia de seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si, cual niño(s):	
Hay niños en el hogar cubiertas por un plan médico del gobierno o dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
Si, cual niño(s): Que Plan?	
Ha solicitado beneficios federales o estatales dentales para cualquier niño de la aplicación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si, Cual programa? Estado de la Solicitud: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Declinar	
Términos Del Acuerdo	
Al firmar abajo...	
<ol style="list-style-type: none"> Yo certifico que toda la información proporcionada por encima o adjunta es verdadera y correcta. Solicito que mis hijos serán considerados para participar en el programa Creating Healthy Smiles. Entiendo que si aceptan mis hijos, no es permanente y que tendrá que volver a solicitar asistencia después de un tiempo. Entiendo que mis hijos necesitan mantener todas las citas programadas o comunicarnos con la oficina, no menos de 72 horas antes de la cita para cambiar la fecha. A menos que haya una emergencia real provocando un plazo más breve. Entiendo que si no confirmo ninguna de las citas programadas más de un mes de antelación, por una semana antes de la citas, serán canceladas. Me comprometo a mantener mi número de teléfono(s), dirección, cualquier dirección y correo electrónico actual con la oficina para que pueda ser localizado para confirmar o programar citas de mis hijos. Entiendo y estoy de acuerdo de tener siempre un adulto con mis hijos en cada cita con el dentista que puede tomar decisiones de cuidado dental para mi hijo. Entiendo que si mis hijos están aprobados para un plan en este programa que todavía es mis responsabilidad de ser informado acerca de sus necesidades dentales y opciones de tratamiento y que aun depende de mí o de su otro padre/guardián que servicios son rendidos a mi hijo. 	
FIRMA	
Responsable de Hogar:	Fecha:
THE SECTION BELOW IS FOR OFFICE USE ONLY	
Staff Member Reviewing Application:	Date Reviewed:
Total Monthly Income From Household Income Section (converted to Gross Income – use wage documents to covert net pay to gross amounts before adding):	\$ gross income
Total of All Additional Income in the Household: \$ per month	Yearly Gross Income
Total of Gross Monthly Household Income: \$ per month	
Combined Total Monthly Income: \$ X 12 = \$	
Total Adults: Total Children: Total Household Members:	Over Income Guide: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
# Adults covered by insurance: # of children covered by or eligible for insurance?	
# of children declined by Fed/State programs:	Any Pending Assistance?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Special Circumstances:	
Plan Recommendation: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C	Length: <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> 3 mos <input type="checkbox"/> Annual
Adult Discount Recommendation: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B	Length: <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> 3 mos <input type="checkbox"/> Annual
FINAL REVIEW AND APPROVAL	
Plan Recommendation: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C	Length: <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> 3 mos <input type="checkbox"/> Annual
Adult Discount Recommendation: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B	Length: <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> 3 mos <input type="checkbox"/> Annual
OTHER:	Date Letter Sent: _____
Office Manger Signature:	Date: