

## **REQUISITOS**

**Necesitaremos copias de los siguientes documentos adjuntados con su aplicación completada:**

- **Dos talonarios de pago recientes (para prueba de ingresos y horas trabajadas). Si es mayor de 65, provea seguro social/pensión/prueba de ingresos de retiro.**
- **Un recibo de utilidades (luz, agua, o teléfono) que muestre su nombre y dirección (para prueba de dirección).**
- **Licencia de conducir de Tennessee valida**
- **Tarjeta de seguro social**
- **Si tiene negocio propio, provéanos de su ultimo Tax return (declaración de impuestos).**
- **Si es estudiante, provéanos de prueba de estar enrolado como estudiante.**

**REGRESEENOS LA APLICACIÓN ORIGINAL COMPLETADA, JUNTO CON SU DOCUMENTACION A LA CLINICA DENTAL INTERFAITH. NO ACEPTAMOS APLICACIONES POR FAX.**

**Aplicaciones son aceptadas de Lunes a Jueves entre las horas de 8am a 11am y de 2pm a 4pm.**

**NOTA: LOS QUE APLICAN DEBEN LLAMAR UNA SEMANA DESPUES DE LA FECHA QUE ENTREGAN SU APLICACIÓN PARA VERIFICAR SI SON ACEPTADOS EN EL PROGRAMA.**



**Solo para uso de la oficina**  
 Date App. Rcv'd: \_\_\_\_\_  
 Approved / Pending / Denied  
 Fee Schedule: A B C D \_\_\_\_\_  
 Reason Pending: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Aplicacion para el Programa**

**Porfavor conteste todas las preguntas o su aplicacion no sera revisada!**

**Instrucciones:** El formulario debera ser llenado por la persona cabeza del hogar. Liste todas las formas de ingreso (incluyendo el ingreso de su conyugue) e **incluir copias** de los comprobantes. Sin el comprobante de ingreso, su aplicacion sera considerada incomplete y no sera revisada hasta q traiga su comprobante de ingreso. Es posible que necesitamos actualizar su informacion cada 6 meses.

**Informacion de la persona que es cabeza de hogar**

Nombre \_\_\_\_\_ #Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo \_\_\_\_\_ # de Horas que Trabaja por Semana \_\_\_\_\_

Salario por hora o Salario Bruto por ano \_\_\_\_\_

Estado Marital: (Encierre una) Soltero Casado Viudo Divorciado

Nombre de la Esposa: \_\_\_\_\_ #Seguro Social de esposa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador de la Esposa \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo de esposa \_\_\_\_\_

# de Horas que Trabaja por Semana \_\_\_\_\_ Salario por hora o total por ano \_\_\_\_\_

Usted o su esposa pagan manutencion de algun nino?(Encierre una) SI NO

Si es SI , cuanto paga por mes? \_\_\_\_\_

Usted o su esposa reciben otro tipo de ingreso? **Alimony, Social Security, Herencia, Child Support, etc.** Si

es SI , cuanto recibe por mes? \_\_\_\_\_

Residencia actual (Encierre una) Renta - Propietario c/financiamiento - Propietario

c/financiamiento ya pagado - No paga por su residencia

Miembros de Familia \_\_\_\_\_ Numero de ninos \_\_\_\_\_ Edades de los ninos \_\_\_\_\_

**Por favor liste todas las personas que viven y dependen de usted. Incluyendose usted y a los ninos listelos al ultimo. Marque con una (X) a quienes usted esta interesado que se combiertan en pacientes de Interfaith Dental Clinic.**

	Nombre	Fecha de nacimieto	Hrs. trabajo x semana	Pago x hora
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

**Información familiar:**

Otro además de escuela pública, está usted o alguien de su familia en la escuela? SI NO Si SI, cuantas horas,

pago anual, y nombre las personas en escuela: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien de su familia tienen TennCare? (Circule una) SI NO

¿Usted o alguien de sus dependientes tienen seguro dental? (Circule una) SI NO

¿Usted o alguien de sus dependientes tiene seguro médico? (Circule una) SI NO

Si usted contesto SI a lagunas de las preguntas anteriores, por favor provea la siguiente información.

<u>Nombre del asegurado</u>	<u>Nombre de la compañía de seguros</u>	<u>Numero de ID</u>	<u>D para Dental M para Medico</u>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Gastos:

\_\_\_\_\_

<u>Gasto Mensual</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Gasto Mensual</u>	<u>Cantidad</u>
Renta o Financiamiento		Pago total por utilidades Agua, gas, electricidad, etc	
Teléfono		Pagos de tarjeta de crédito	
Cuidado de niños		Cable	
Abarrotes		Auto/Seguro	
Facturas Medicas		Otros	

**Efectivo disponible:**

Cta. De cheques \$ \_\_\_\_\_ Cta. De ahorro \$ \_\_\_\_\_ 401K or IRA \$ \_\_\_\_\_ Otros \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cabeza del hogar**

¿Quién es su de cabecera dentista?

\_\_\_\_\_

Fecha de su última visita al dentista \_\_\_\_\_

Motivo de su última visita al dentista \_\_\_\_\_

Problemas o necesidades dentales actuales? \_\_\_\_\_

Ha sido paciente aqui antes? \_\_\_\_\_ Si es asi, cuando? \_\_\_\_\_

A que religion pertenece? (opcional) \_\_\_\_\_

A que iglesia asiste? (opcional) \_\_\_\_\_

Padece alguna enfermedad? (Ej. Deficiencia cardiaca, Diabetes, Hepatitis, etc.) \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando. \_\_\_\_\_

---

Como se entero de nuestro programa? \_\_\_\_\_ Si fue referido porfavor escriba el nombre y la direccion de la persona \_\_\_\_\_

Es actualmente un participante de "Bridges To Care" ? \_\_\_\_\_

**Si soy aceptado en la clinica Interfaith Dental Clinic Yo / Nosotros acordamos lo siguiente:**

Mantendre mis dientes limpios y animare a mi familia a mantener sus dientes limpios..

Yo / nosotros aceptamos seguir las citas o llamaremos 48 horas antes para notificar la cancelacion de la cita, de lo contrario Habra que pagar \$25 (pago por cancelacion).

Me comprometo a pagar **todos** los gastos incurridos en Interfaith Dental Clinic.

El incumplimento de todo lo declarado arriba dara como resultado la negacion de futuros tratamientos dentales.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

---

**Para uso de oficina solamente**

**Is applicantion complete? Yes No**

**Date application completed** \_\_\_\_\_ **Accepted Denied**

**Notes:** \_\_\_\_\_