**Douglas County Health Department**

**Dental Access Program**

**Application**

El Programa de Salud del Condado de Douglas Departamento Dental Access (DAP) es un programa a través del cual se proporcionan servicios dentales a un precio reducido a las personas que no tienen seguro dental. Este programa se basa en el ingreso total del hogar, los bienes de propiedad de la familia, y el tamaño del hogar. Los pacientes son entrevistados para la elegibilidad para el programa dental a través de este formulario. Si es elegible, usted puede recibir servicios dentales para la reducción de las tasas en el condado de Douglas Clínica del Departamento de Salud Dental. Estas tarifas de descuento se basan en las tasas de reembolso de Medicaid.

**FAVOR DE LLENAR TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.** Nos reservamos el derecho a solicitar comprobante de ingresos.

Apellido: Nombre:

Direccion:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Fecha de Nacimiento:

Numero de Telefono: ( )

**Informacion del Hogar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre (Incluyéndote a ti mismo) | Relacion con Usted | Fecha de Nacimiento | Sexo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Enumere a todas las personas de su hogar (incluido usted mismo) para quienes desea obtener una tarifa reducida.

**Información de ingresos**

Enumere los salarios, ganancias o dinero de cualquier empleador de un trabajo o de un trabajo por cuenta propia que usted, su cónyuge u otras personas que se mencionan anteriormente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona empleada** | **Nombre de la empleadora** | **Número de teléfono del trabajo** | **Monto bruto (costo antes de impuestos-semanal)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Otros recursos**

Indique cualquier pensión alimenticia, manutención de los hijos, pensión, Seguro Social, ingresos por alquiler, jubilación, desempleo, veteranos o beneficios de compensación laboral que usted, su cónyuge u otras personas en su hogar puedan recibir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persona que recibe el beneficio** | **Tipo de Beneficio** | **Cantidad recibida** | **¿Con qué frecuencia?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Confidencialidad y divulgación de información**

Acepto la divulgación de información personal y financiera de este formulario de solicitud al Departamento de Salud del Condado de Douglas para determinar la elegibilidad para el Programa DAP (Programa de Salud Dental), para que los representantes de la agencia puedan evaluarlo y verificar la elegibilidad. Entiendo que se me puede pedir que brinde información adicional. Los funcionarios del Programa DAP pueden verificar toda la información en este formulario. Entiendo que debo informar a la agencia que determina mi elegibilidad sobre cualquier cambio en la información de este formulario. Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que todo en este formulario es verdad. Toda la información y documentación reunida para determinar la elegibilidad es confidencial. La divulgación de información sobre mi elegibilidad a cualquier persona no autorizada para recibir esta información es una violación de las leyes estatales y federales. La solicitud debe estar firmada por un miembro del hogar mayor de 18 años.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante Fecha