

**APPLICATION FOR DENTAL SERVICES**  
 درخواستی متقاضیان خدمات دندان  
**Lincoln-Lancaster County Health Department**  
 اداره صحت شهرا لینکلن کونتی لنکستر  
**Dental Division**  
 بخش دندان  
**3131 O Street, Lincoln, NE 68510**



Lincoln-Lancaster County  
Health Department

**Person Completing Application** تکمیل کننده درخواستی **Relationship to Patient(s)** ارتباط با مریض **Social Security Number of Person Completing Application** شماره خدمات اجتماعی/سوشیل سکیوریتی تکمیل کننده درخواستی

\_\_\_\_\_

**Address (Number, Street)** (شماره ، سرک) ادرس

**City/State** شهر / ولایت

**Zip Code** کد پستی

**County** کونتی

\_\_\_\_\_

**Home Phone** شماره تماس منزل

**Cell Phone** شماره موبایل

**Email Address** ایمیل ادرس

\_\_\_\_\_

**How would you like to be contacted for appointment reminders?**

Phone  Text  Email

چگونه می خواهید برای تماس های یادآوری با شما تماس گرفته شود؟

ایمیل متن تلفن

List All Household Members with Income فهرست نامهای اعضای خانواده با درآمد	Current Employer/Phone کارفرمای فعلی/شماره تماس	Hourly Wage دستمزد ساعتوار	# of Hours worked per week تعداد ساعات کاری در هفته	Gross Monthly Income درآمد ناخالص ماهیانه	How often do you get paid: (Hourly, Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or Annually) هر چند وقت یکبار درآمد دریافت میکنید (ساعتی، هفتوار، دو هفتگی، ماهوار، سالانه)
1.					
2.					
3.					
4.					

**Do you or anyone within your household receive any of the following?**

**Amount / مقدار**

آیا شما یا کسی از اعضای خانواده شما یکی از موارد زیر را بدست میاورند؟

1. Unemployment بیکاری \$ \_\_\_\_\_
2. Social Security خدمات اجتماعی \$ \_\_\_\_\_
3. Disability Benefits مزایای معلولیت \$ \_\_\_\_\_
4. Child Support/Alimony حمایت از کودک / نفقه \$ \_\_\_\_\_
5. Retirement Benefits مزایای تقاعد \$ \_\_\_\_\_
6. Supplemental Income from any other source (family, sponsorship, etc.)  
در آمد اضافی از هر منبع دیگر (حمایت مالی، خانواده و غیره) \$ \_\_\_\_\_
7. Household Income/Resources not previously identified درآمد خانوار که قبلا شناسایی نشده بود \$ \_\_\_\_\_

**Are you a U.S. citizen?** آیا شما شهروند دائمی امریکاهستید؟  Yes بلی  No خیر

If not, what is your residency status? اگر نه وضعیت اقامت شما چیست؟ \_\_\_\_\_

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County?

شما شهروند فعلی شهر لینکلن کونتی لنکستر هستید؟  Yes بلی  No خیر

How long? چه مدت است؟ \_\_\_\_\_

**What is your primary language?** زبان اصلی/ زبان مادری تان چیست؟ \_\_\_\_\_

Country of Origin کشور مبداء یا کشور اصلی \_\_\_\_\_

**Do you need an interpreter for dental services?**

برای خدمات دندان به ترجمان ضرورت دارید؟  Yes بلی  No خیر

Interpreter's Name: نام ترجمان \_\_\_\_\_

**Is the parent/or applicant applying for dental services a college or graduate student?**

آیا والدین متقاضی / متقاضی خدمات دندان محصل کالج یا فارغ التحصیل است؟

Yes بله  No خیر

Name of School نام مکتب \_\_\_\_\_

**Is your spouse a college or graduate student?** آیا همسر تان محصل کالج و یا فارغ التحصیل کالج است؟

Yes بله  No خیر

Name of School نام مدرسه \_\_\_\_\_

**Is the parent/or applicant on a visiting or student visa?** آیا والدین / متقاضی ویزه دانشجویی یا ویزیت دارند؟

Yes بله  No خیر

HEALTH OR DENTAL COVERAGE پوشش بهداشت یا دندان		Insurance Company شرکت بیمه	Family members covered by the programs اعضای خانواده که تحت پوشش پروگرامها اند
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? آیا شما یا کسی از فامیل تان بیمه دولتی، ارتباط بچه ها یا کمک اطفال وابسته را بدست میاورید؟	Yes بله ___ No خیر ___		
Are you or your family covered by Health Insurance? آیا شما و اعضای خانواده تان تحت پوشش بیمه صحت هستید؟	Yes بله ___ No خیر ___		
Are you or your family covered by Dental Insurance? آیا شما و اعضای خانواده تان تحت پوشش بیمه دندان هستید؟	Yes بله ___ No خیر ___		

**LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD** نامهای تمام اعضای خانواده را لست کنید

Name / نام	Relationship ارتباط	Date of Birth تاریخ تولد	Age سن	Race (Use list below) نژاد (از لست ذیل استفاده کنید)	Hispanic/Latina Ethnicity نژاد اسپانیایی/ لاتین	Medicaid Number شماره کارت بیمه دولتی
1.					Yes بله ___ No خیر ___	
2.					Yes بله ___ No خیر ___	
3.					Yes بله ___ No خیر ___	
4.					Yes بله ___ No خیر ___	
5.					Yes بله ___ No خیر ___	
6.					Yes بله ___ No خیر ___	
7.					Yes بله ___ No خیر ___	
8.					Yes بله ___ No خیر ___	
9.					Yes بله ___ No خیر ___	
10.					Yes بله ___ No خیر ___	

**Race** نژاد:  White / سفید  Black/African American سیاه / آمریکایی آفریقایی  Asian آسیایی  American Indian/Native American آمریکایی اصلی  Hawaiian/Pacific Islander جزایر هاوایی/اقیانوس آرام  Other دیگر

**Immediate Health Concerns or Problems** تشویش یا مشکل عاجل صحت

\_\_\_\_\_

**Other Comments** نظریات دیگر

\_\_\_\_\_

**I declare that the above information is complete and accurate. I understand that any information falsely reported can result in a re-evaluation of eligibility for services and possible dismissal from the dental clinic.**

من اعلام میدارم که اطلاعات فوق کامل و دقیق است. من درک میکنم هر گونه اطلاعاتی که نا درست گزارش شود منجر به ارزیابی مجدد صلاحیت برای خدمات و اخراج احتمالی از کلینیک دندان گردد.

**Print Name** / نام نوشته شده

**Signature** امضاء

**Date** تاریخ

\_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

Total Yearly Gross Income Reported for Household \$ \_\_\_\_\_ Client Fee Step \_\_\_\_\_

Staff Comments \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_