

APPLICATION FOR DENTAL SERVICES / လိပ်စာထိပ်တင်လျာ တင်ပို့မဲတင်မဲတင်မဲတင်မဲတင်မဲ

Lincoln-Lancaster County Health Department
 Lincoln-Lancaster ဒီးထိပ် တင်အိတ်ဆိုင်အိတ်ဆိုင်အိတ်ဆိုင်
 Dental Division / တင်ကွဲထွဲမဲ ဝါဒ
 3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Lincoln-Lancaster County Health Department

Person Completing Application / ပုလဲအမဲပုလဲလိပ်စာ
 Relationship to Patient(s) / တင်ဘုတ်ထွဲဒီးပုလဲဆါ(တဖန်)
 Social Security Number of Person Completing Application / ပုလဲအမဲပုလဲလိပ်စာအပုလဲဂီတင်ဘုတ်ဘာအနီဂီဂီ

Address (Number, Street) / လိပ်အိတ်ဆိးထိး (နီဂီဂီ, ကျ)
 City/State / ဝါ/ကီစိတ်
 Zip Code / စီး(ပ)ဟီဂီကီစိတ်နီဂီဂီ
 County / ဒီးထိပ်

Home Phone / ဟိပ်လိတ်စိတ်
 Cell Phone / လိတ်စိတ်စိတ်စု
 Email Address / အိမဲ(လ)

How would you like to be contacted for appointment reminders / နဘုတ်သးလဲ တင်ကဆဲးကျိးနီ ဒီးသီးကမဲသ့ဂီဂီထိပ်တင်သ့ဂီနီဖးဆါကတီအဂီဂီ လါကျဲဒ်လဲဂီ.

- Phone/လိတ်စိတ်
- Text/တင်ကွဲဆါလိပ်
- Email/အိမဲ(လ)

List All Household Members with Income / ကွဲရှဲဂီလီ ပုဟိတ်စိတ်လီ လါအိတ်ဒီး တင်ဟိတ်ခဲလင်	Current Employer/Phone / တင်မဲကစါ/လိတ်စိတ် အခဲအါ	Hourly Wage / တင်မဲဘူးလဲ လါတင်နီရှဲဂီစိတ်စု	# of Hours worked per week / # နီရှဲဂီ လါတင်မဲတင်လါ တင်နီရှဲဂီစိတ်စု	Gross Monthly Income / တင်လါတင်ဘျီ တင်ဟိတ်နီ တင်ချဲးတင်ထူးကွဲဒ် ဒီးသ့	How often do you get paid: (Hourly, Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or Annually) / တင်ဟိတ်နီဘူးလဲပုလဲဘျီလဲဂီ (တင်နီရှဲဂီစိတ်စု, တင်နီရှဲဂီစိတ်စု, ခိန္တီး-တင်ဘျီ, တင်လါတင်ဘျီ, မဲတမဲ တင်နီတင်ဘျီ)
1.					
2.					
3.					
4.					

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

မုဒ် နီ မဲတမဲ ပုဟိတ်ဂါလါ နဟိတ်စိတ်အပု ဒီးန့ဘုတ် တင်လါလင်တမဲမဲမဲ.

- 1. Unemployment / တင်ဖိးတင်မဲတင်အိတ် Amount / ခဲလင်ဟိတ်ဖိတ် \$ _____
- 2. Social Security / ပုလဲဂီတင်ဘုတ်တင်ဘာ \$ _____
- 3. Disability Benefits / ကွဲဂီတင်လါတင်ပု တင်နီဘျဲးတဖန် \$ _____
- 4. Child Support/Alimony / ပုဟိတ်သ့ တင်ဆိတ်ထွဲမဲမဲ/စုဆိတ်ထွဲ \$ _____
- 5. Retirement Benefits / တင်အိတ်ဘုတ်လါတင်မဲတင်နီဘျဲးတဖန် \$ _____
- 6. Supplemental Income from any other source (family, sponsorship, etc.) / တင်မဲပုလဲထိပ်စါ တင်ဟိတ်နီလါ တင်လိ်အဂါတတီလါလါ (ဟိတ်စိတ်စု, ကွဲသ့စုဆိတ်ထွဲ, အဂါ) \$ _____
- 7. Household Income/Resources not previously identified / ဟိတ်စိတ်တင်ဟိတ်နီ/တင်မဲမဲမဲ လါတင်တင်ဟိတ်ထိပ်တင်လါအပုကွဲဘုတ် \$ _____

Are you a U.S. citizen? / နမုဒ်ဝဲဒ် U.S. ထိပ်ကီစိတ်စု. Yes/မုဒ် No/တမုဒ်

If not, what is your residency status? / If not, what is your residency status? _____

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County? / အခဲအါနမုဒ်ပုလဲအိတ်ဆိး မဲ Lincoln မဲတမဲ Lancaster ကီစိတ်ခိးထိပ်စု. Yes/မုဒ် No/တမုဒ်

How long? / ယိထဲလဲဂီ. _____

What is your primary language? / နကျိန်အခိုင်ထံးနွန် မှ်ကျိန်မနုလဲန်. _____

Country of Origin / ထံကီလ်လါနုဟဲဝဲ _____

Do you need an interpreter for dental services? / မှ်နလိန်ဘန် ပှါထဲကျိးထံတါ လါတါဟ့န်မဲတါမါစါတဖန်အဂီၢ်ခါ.

Yes/မှ် No/တမှ်

Interpreter's Name / ပှါထဲကျိးထံတါ အမံၤ- _____

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

မိၢ်ပၢ်/မ့တမှ် ပှါပထံထီၣ်တါ လါအပထံထီၣ် တါဟ့န်မဲတါမါစါတဖန်အဂီၢ်နွန် မှ်ဝဲဒၣ် ပှါဒီလုၣ်ကွီမိ မ့တမှ် ပှါကွီမိလါအဖျိထီၣ်ခါ.

Yes/မှ် No/တမှ်

Name of School / ကွီအမံၤ _____

Is your spouse a college or graduate student? / မှ်နမါနဝါ ကဲ ပှါဒီလုၣ်ကွီမိ မ့တမှ် ပှါကွီမိလါအဖျိထီၣ်ခါ.

Yes/မှ် No/တမှ်

Name of School / ကွီအမံၤ- _____

Is the parent/or applicant on a visiting or student visa? / မှ် မိၢ်ပၢ်/မ့တမှ် ပှါပထံထီၣ်တါ အိၣ်လါ တါဟဲဟးလိၣ်ကွဲ မ့တမှ် ပှါကွီမိ ဘိၣ်စုၣ် အဖီခိၣ်ခါ.

Yes/မှ် No/တမှ်

HEALTH OR DENTAL COVERAGE တါအိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ မ့တမှ် မဲ တါကျါၣ်ဘါမါစါတဖန်အဂီၢ်		Insurance Company တါအုၣ်ကီၤ ဒီပနံၣ်	Family members covered by the programs ပှါဟံၣ်မိဃီမိလါဘန်တါကျါၣ်ဘါမါစါတဖန်အဂီၢ်တါကျါၣ် တဖန်
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? န့ၤ မ့တမှ် ပှါတဂါၤဂါၤလါ နဟံၣ်အပှါ ဒီးန့ၣ်ဘၣ် Medicaid, Kids Connection, မ့တမှ် Aid to Dependent Children ဧါ.	___ Yes/ဒီးန့ၣ် ___ No/တဒီးန့ၣ်		
Are you or your family covered by Health Insurance? မှ် န့ၤ မ့တမှ် နဟံၣ်မိဃီမိ ဘန်တါကျါၣ်ဘါမါစါတဖန်အဂီၢ်လါ တါအိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တါအုၣ်ကီၤခါ.	___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်		
Are you or your family covered by Dental Insurance? မှ် န့ၤ မ့တမှ် နဟံၣ်မိဃီမိ ဘန်တါကျါၣ်ဘါမါစါတဖန်အဂီၢ်လါ မဲတါအုၣ်ကီၤခါ.	___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD

Name မံၤ	Relationship တါဘန်ထွဲ	Date of Birth အိၣ်ဖျါၣ်မှ်န့ၣ်	Age သးနံၣ်	Race (Use list below) စါၤသ့ၣ်(စူးကါစီစီလါလါ)	Hispanic/Latina Ethnicity ဟံးစပဲနံး/လဲးထံန့ၣ် ကလုၣ်ဒ့ၣ်	Medicaid Number Medicaid နီၣ်ဂံၢ်
1.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
2.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
3.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
4.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
5.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
6.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
7.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
8.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
9.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	
10.					___ Yes/မှ် ___ No/တမှ်	

- Race/စါၤသ့ၣ်**
- White / ပှါဝါဖဲးမိ
 - Black/African American / ပှါသုး/ပှါအါမြါကါ အမဲရကါ
 - Asian / ပှါအုၣ်ရှုၣ်
 - American Indian/Native American / ပှါအမဲရကါ အုဒယါ/ ပှါအမဲရကါ ထူလံၤ
 - Hawaiian/Pacific Islander / ပှါဟံၣ်ဝါယါ/ပှါပထံးမိး ပှါကီးဖိ
 - Other / အဂါ

Immediate Health Concerns or Problems/ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ဘၣ်ယိၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ကီတၢ်ခဲ သတူၢ်ကလၢ

Other Comments/ တၢ်ထံၣ်တၢ်ဆိကမိၣ်အဂၢၤတဖၣ်

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.

ယဘိးဘၣ်ရၤလီၤလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢထံးန့ၣ် လၢပဲၤဒီးဘၣ်ဝဲလီၤတံၢ်လီၤဆဲးလီၤ. ယန့ၢ်ပၢၢ်လၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤတမံၤလၢလၢ် လၢတၢ်ဟံၣ်ဖျါထီၣ်အိၣ်လၢအကမၣ်တဖၣ် ဒုးအိၣ်ထီၣ် တၢ်သမံထံကဒါက့ၤ တၢ်ကြၢးဝဲဘၣ်ဝဲလၢတၢ်ဟ့ၣ်တၢ်မၤစၢၤတဖၣ် ဒီး တၢ်ထုးထီၣ်ကွံာ်သ့လၢ မဲကသံၣ်ဒါးန့ၣ်လီၤ.

Print Name
ကွဲးလီၤမံၤ

Signature
တၢ်ဆဲးလီၤမံၤ

Date
မ့ၢ်နီၤ

For Office Use Only:

Total Yearly Gross Income Reported for Household \$_____ Client Fee Step_____

Staff Comments_____
