

APPLICATION FOR DENTAL SERVICES / ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ

Lincoln-Lancaster County Health Department

Департамент охорони здоров'я округу Лінкольн-Ланкастер

Dental Division / Відділ стоматології

3131 O Street, Lincoln, NE 68510

Lincoln-Lancaster County
Health DepartmentPerson Completing Application
Особа, яка заповнює заявкуRelationship to Patient(s)
Ким доводиться пацієнту(ам)Social Security Number of Person Completing Application
Номер соціального страхування особи, яка заповнює заявкуAddress (Number, Street)
Адреса (номер будинку, вулиця)City/State
Місто/штатZip Code
ІндексCounty
ОкругHome Phone
Домашній телефонCell Phone
Мобільний телефонEmail Address
Електронна адреса

How would you like to be contacted for appointment reminders? / Як би ви хотіли, щоб з вами зв'язалися для нагадування про прийом?

 Phone/Телефон Text/СМС Email/Електронна адреса

List All Household Members with Income Перерахуйте всіх членів родини, що отримують дохід	Current Employer/Phone Поточний роботодавець/телефон	Hourly Wage Погодинна зарплата	# of Hours worked per week Кількість відпрацьованих годин на тиждень	Gross Monthly Income Загальний дохід за місяць	How often do you get paid: (Hourly, Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or Annually) Як часто ви отримуєте зарплату: (погодинно, щотижня, раз на два тижні, щомісяця або раз на рік)
1.					
2.					
3.					
4.					

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

Чи отримуєте ви або хтось із членів вашої родини щось із переліченого нижче?

1. Unemployment / Виплата допомоги по безробіттю

Amount
Сума

\$ _____

2. Social Security / Виплата соціального забезпечення

\$ _____

3. Disability Benefits / Виплати по інвалідності

\$ _____

4. Child Support/Alimony / Аліменти на утримання дитини

\$ _____

5. Retirement Benefits / Пенсійні виплати

\$ _____

6. Supplemental Income from any other source (family, sponsorship, etc.) /

Додатковий дохід з будь-якого іншого джерела (родина, спонсорство тощо)

\$ _____

7. Household Income/Resources not previously identified / Доходи/ресурси родини, які раніше не були вказані

\$ _____

Are you a U.S. citizen? / Ви громадянин США?

 Yes/Так No/Ні

If not, what is your residency status? / Якщо ні, то який ваш статус перебування? _____

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County? / Ви зараз проживаєте в окрузі Лінкольн або Ланкастер? Yes/Так No/Ні

How long? / Як довго? _____

What is your primary language? / Яка ваша рідна мова? _____
 Country of Origin / Країна походження _____

Do you need an interpreter for dental services? / Вам потрібен перекладач для стоматологічних послуг? Yes/Так No/Hi
 Interpreter's Name / Ім'я перекладача: _____

Is the parent/or applicant applying for dental services a college or graduate student?
 Чи є батьки/заявник, які звертаються за стоматологічними послугами, студентами або аспірантами? Yes/Так No/Hi
 Name of School / Назва навчального закладу _____

Is your spouse a college or graduate student? / Ваш чоловік або дружина є студентом або аспірантом? Yes/Так No/Hi
 Name of School / Назва навчального закладу _____

Is the parent/or applicant on a visiting or student visa? / Батьки/заявник перебувають на гостьовій або студентській візі? Yes/Так No/Hi

HEALTH OR DENTAL COVERAGE МЕДИЧНЕ АБО СТОМАТОЛОГІЧНЕ СТРАХУВАННЯ		Insurance Company Страхова компанія	Family members covered by the programs Члени родини, на яких поширюється дія програм
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? Чи отримуєте ви або хтось із членів вашої родини допомогу за програмами Medicaid, Kids Connection або допомогу дітям на утриманні?	___ Yes/Так ___ No/Hi		
Are you or your family covered by Health Insurance? Чи маєте ви або ваша родина медичне страхування?	___ Yes/Так ___ No/Hi		
Are you or your family covered by Dental Insurance? Чи маєте ви або ваша родина стоматологічне страхування?	___ Yes/Так ___ No/Hi		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD / ПЕРЕРАХУЙТЕ ВСІХ ЧЛЕНІВ ВАШОЇ РОДИНИ

Name Ім'я	Relationship Ким доводиться	Date of Birth Дата народження	Age Вік	Race (Use list below) Раса (використовуйте список нижче)	Hispanic/Latina Ethnicity Латиноамериканського походження	Medicaid Number Номер медичного страхування Medicaid
1.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
2.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
3.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
4.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
5.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
6.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
7.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
8.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
9.					___ Yes/Так ___ No/Hi	
10.					___ Yes/Так ___ No/Hi	

- Race/Раса: White / Біла
 Black/African American / Чорна / афроамериканець
 Asian / Азіатська
 American Indian/Native American / Американський індіанець/корінний американець
 Hawaiian/Pacific Islander / Житель Гаваїв/Тихоокеанських островів
 Other / Інше

Immediate Health Concerns or Problems/ *Безпосередні проблеми зі здоров'ям або занепокоєння*

Other Comments/*Інші коментарі*

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.

Я заявляю, що наведена вище інформація є повною і точною. Я розумію, що будь-яка неправдива інформація може призвести до перегляду мого права на отримання послуг і можливого скасування послуги в стоматологічній клініці.

Print Name

Ім'я друкованими літерами

Signature

Підпис

Date

Дата

For Office Use Only:

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

Staff Comments _____
