

APPLICATION FOR DENTAL SERVICES
 درخواستی متقاضیان خدمات دندانپزشکی
Lincoln-Lancaster County Health Department
 اداره بهداشت شهرستان لینکلن کانتی لنکستر
Dental Division
 بخش دندانپزشکی
3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Lincoln-Lancaster County
Health Department

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

Address (Number, Street) (شماره، سرک) ادرس **City/State** شهرستان / شهر **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) یکبار درامد 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 بازنشستگی \$ _____
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 دندانپزشکی به مترجم ضرورت دارید؟

Yes بلی No خیر

Interpreter's Name: نام مترجم _____

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

آیا والدین متقاضی/ متقاضی خدمات دندانپزشکی دانشجوی کالج یا فارغ التحصیل است؟

Yes بلی No خیر

Name of School نام مدرسه _____

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

Yes بلی No خیر

Name of School نام مدرسه _____

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؟	___ بله Yes ___ خیر No		
Are you or your family covered by Health Insurance? آیا شما و اعضای خانواده تان تحت پوشش بیمه بهداشت هستید؟	___ بله Yes ___ خیر No		
Are you or your family covered by Dental Insurance? آیا شما و اعضای خانواده تان تحت پوشش بیمه دندانپزشکی هستید؟	___ بله Yes ___ خیر No		

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 / امریکایی آفریقایی Asian / آسیایی American Indian/Native American امریکایی هندی / امریکایی 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 درمانگاه دندانپزشکی 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_____	
