

APPLICATION FOR DENTAL SERVICES
[APLICACION PARA SERVICIOS ODONTOLÓGICOS]
Lincoln-Lancaster County Health Department
Dental Division
3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Lincoln-Lancaster County
Health Department

Person Completing Application
[Persona que completa la solicitud]

Relationship to Patient(s)
[Relación con el/los pacientes]

Social Security Number of Person Completing Application
[Número de Seguro Social de la persona que completa la solicitud]

Address (Number, Street)
[Dirección (Número, Calle)]

City/State
[Ciudad/Estado]

Zip Code
[Código Postal]

County
[Condado]

Home Phone
[Teléfono de casa]

Cell Phone
[Número de celular]

Email Address
[Dirección de Correo electrónico]

How would you like to be contacted for appointment reminders?
[¿Cómo le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted para que le recordáramos las citas?]

Phone
[Teléfono]

Text
[Mensaje de texto]

Email
[Correo electrónico]

List All Household Members with Income <i>[Enumere todos los miembros del hogar con ingresos económicos]</i>	Current Employer/Phone <i>[Empleador y número de teléfono actual]</i>	Hourly Wage <i>[Salario por hora]</i>	# of Hours worked per week. <i>[Número de horas trabajadas por semana]</i>	Gross Monthly Income <i>[Ingreso bruto mensual]</i>	How often do you get paid: (Hourly, Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or Annually) . <i>[Con qué frecuencia se le paga: Por hora, Semanal, Quincenal, Mensual o Anual.]</i>
1.					
2.					
3.					
4.					

Do you or anyone within your household receive any of the following?
[¿Usted o alguien en su casa recibe algunos de los siguientes beneficios?]

	Amount <i>[Monto]</i>
1. Unemployment. <i>[Desempleo]</i>	\$ _____
2. Social Security. <i>[Seguro Social]</i>	\$ _____
3. Disability Benefits <i>[Beneficio de incapacidad]</i>	\$ _____
4. Child Support/Alimony <i>[Manutención de menores/Pensión alimenticia]</i>	\$ _____
5. Retirement Benefits <i>[Beneficios de jubilación]</i>	\$ _____
6. Supplemental Income from any other source (family, sponsorship, etc.) <i>[Ingresos suplementario de otra fuente (Familiares, Patrocinio, etc.)]</i>	\$ _____
7. Household Income/Resources not previously identified <i>[Ingreso/Recursos del hogar no identificados previamente]</i>	\$ _____

Are you a U.S. citizen? *[¿Es usted ciudadano americano?]* Yes/Si No

If not, what is your residency status? *[¿Si no lo es, ¿cuál es su estado de residencia?]*

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County? *[¿Actualmente usted vive en Lincoln o el Condado de Lincoln-Lancaster?]* Yes/Si No

How long? *[¿Por cuánto tiempo?]* _____

What is your primary language? *[¿Cuál es su idioma principal?]* _____

Country of Origin *[País de Origen]:* _____

Do you need an interpreter for dental services? *[¿Usted necesita un intérprete para la cita?]* Yes/Si No

Interpreter's Name: *[Nombre del interprete]* _____

Is the parent/or applicant applying for dental services a college or graduate student? *[¿El padre o solicitante de los servicios dentales es estudiante universitario o de posgrado?]* Yes/Si No

Name of School [Nombre de la escuela] _____

Is your spouse a college or graduate student? [¿Su cónyuge es estudiante universitario o de posgrado?] Yes/Si No

Name of School. [Nombre de la Escuela] _____

Is the parent/or applicant on a visiting or student visa? [¿El padre o solicitante tienen una Visa de Turista o de Estudiante?] Yes/Si No

HEALTH OR DENTAL COVERAGE [Tiene Seguro de Salud o Dental?]		Insurance Company [Nombre de la Compañía de Seguro]	Family members covered by the programs [Miembros de la familia cubiertos por el programa]
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? [¿Usted o los miembros de su familia reciben: Medicaid, Kids Connection o ¿Ayuda para niños dependientes?]	___ Yes/Si ___ No		
Are you or your family covered by Health Insurance? [¿Usted o los miembros de su familia están cubiertos por un Seguro de salud?]	___ Yes/Si ___ No		
Are you or your family covered by Dental Insurance? [¿Usted o los miembros de su familia tienen cobertura dental?]	___ Yes/Si ___ No		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD [ENUMERE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE VIVEN CON USTED]

Name [Nombre]	Relationship [Relación]	Date of Birth [Fecha de nacimiento]	Age [Edad]	Race (Use list below) [Raza (Utilice la lista a continuación)]	Hispanic/Latina Ethnicity [Etnicidad Hispana o Latino]	Medicaid Number [Número de Medicaid]
1.					___ Yes/Si ___ No	
2.					___ Yes/Si ___ No	
3.					___ Yes/Si ___ No	
4.					___ Yes/Si ___ No	
5.					___ Yes/Si ___ No	
6.					___ Yes/Si ___ No	
7.					___ Yes/Si ___ No	
8.					___ Yes/Si ___ No	
9.					___ Yes/Si ___ No	
10.					___ Yes/Si ___ No	

- Race [Raza] White [Blanco] Black/African American [Negro/Afroamericano] Asian [Asiático]
- American Indian/Native American [Indio Americano/Nativo Americano] Hawaiian/Pacific Islander [Hawaiano/Isleño del Pacífico] Other [Otro]

Immediate Health Concerns or Problems [Preocupaciones de salud inmediatas u otros Problemas]

Other Comments [Otros comentarios]

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.

[Declaro que la información anterior es precisa y completa. Entiendo que cualquier información falsa proporcionada, puede resultar en la reevaluación de la elegibilidad para los servicios y posible suspensión de la Clínica Dental.]

Print Name [Escriba el nombre] _____

Signature [Firma] _____

Date [Fecha] _____

For Office Use Only:

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

Staff Comments _____
