



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DENTAL PARA ADULTOS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
(19 AÑOS DE EDAD A 59 AÑOS) SIN SEGURO DENTAL**

El programa provee cuidado dental general, incluyendo servicios dentales de emergencia, a las personas adultas de edades entre los 19 y 59 años. A los pacientes que necesitan atención especializada dental se les dará información sobre dónde acudir para recibir atención de seguimiento.

**TODOS LOS PACIENTES APROBADOS DEBEN DE PAGAR POR SU CONSULTA
\$20.00 POR VISITA
\$30.00 POR EMERGENCIA**

COUNTY OFFICIAL USE ONLY:
eICM Contact ID: _____
Case Number: _____

* Complete este Formulario de Elegibilidad y envíe copias de los siguientes documentos mostrando el nombre del solicitante y domicilio actual *

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)	Teléfono de su residencia		Teléfono del trabajo		Teléfono celular
¿Dónde vive? (Número y calle)	# de dept.	Ciudad	Estado		Código Postal

¿Qué idioma habla? Inglés Español Otro: _____ Necesita asistencia con el idioma (Inglés): Si No Si es así, ¿qué lenguaje? _____

¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? Sí No Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____

¿Es Usted jefe del hogar? Si No No es así, es: Nombre del jefe del hogar? _____
(Tiene personas que depende de sus ingresos)

Número de personas en su hogar; _____ Cuántos de ellos son menores de 18 años; _____
(Sólo incluya las personas que dependen de sus ingresos o del jefe del hogar)

¿Es Usted paciente de las clínicas de Montgomery Cares? (Mercy Clinic, Proyecto Salud, Holy Cross, Spanish Catholic, Community Clinic, etc.) Si No

¿Es Usted o alguien de su familia parte de uno de estos programas? Si No

- Care for Kids
- Maternity Partnership
- Senior Dental Program

Si es así, es: Fecha de expiración: _____

SECCIÓN A. MIEMBROS DEL HOGAR

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque SÍ para cada persona por la que está solicitando. Marque NO para cada persona por quien no está solicitando.

Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social

SOLICITANDO PROGRAMA DENTAL PARA ADULTOS (Debe tener entre 19 y 59 años de edad)	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACIÓN CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M = Masculino F = Femenino	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	*RAZA (Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiático B = Negro/ Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	*ETNICIDAD H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Mismo					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cónyuge /Pareja					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	

*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.

SECCIÓN B. INGRESOSFuente de ingresos: _____ Sueldo \$ _____ Semanal Quincenal Mensual

Estampillas de Comida (Food Stamps): \$ _____ Compensación de Trabajo o Desempleo: \$ _____ Beneficios del gobierno público o jubilación: \$ _____

* Incluya sueldos y salario, beneficios de desempleo, compensación de trabajo, beneficios del gobierno público como estampillas de comida, beneficios del seguro social y jubilaciones, etc

¿Eres un estudiante? Si No Si sí, marque uno: Tiempo-Completo Tiempo-Parcial

Si usted no tiene ningún ingreso, por favor explique : _____

SECCIÓN C. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) MISMO	País de nacimiento	¿Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador Nombre del jefe de hogar: _____ ID# _____
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) Cónyuge /Pareja	País de nacimiento	¿Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador Nombre del jefe de hogar: _____ ID# _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS:**POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS DE LOS DOCUMENTOS QUE PRESENTA:****Prueba de que usted vive en el Condado de Montgomery:**

Proporcionar solo uno de los siguientes documentos que estén a su nombre (copias solamente)

- Comprobante de hipoteca, alquiler o carta de contrato de hipoteca/arrendamiento
- Factura de servicios públicos con el nombre y la dirección (Gas, Electricidad, Agua) o Factura de teléfono (línea de casa solamente)
- Las personas sin hogar deben proveer una carta del refugio donde están viviendo
- Una carta notariada con la firma de la persona de quien usted renta o comparte la propiedad y un recibo de utilidad o contrato de alquiler de esa persona (Esto es sólo en caso usted comparte la propiedad y no tiene ninguna factura a su nombre)

Prueba de Identificación:

Proporcionar solo uno de los siguientes documentos que estén a su nombre (copias solamente)

- Licencia de conducir o Identificación del Estado de Maryland
- Pasaporte, tarjeta de residencia, tarjeta de autorización para trabajar
- Identification of Casa of Maryland
- Identificación del estudiante (debe ser el semestre /año actual)

Prueba de Ingresos: (Ingreso total del hogar)

- Declaración de impuestos firmada (año actual/ reciente)
- Factura W-2 del año actual
- Cheque o talón con el nombre completo y dirección de casa más recientes (4-semanas)
- Si le pagan en efectivo, una carta notariada de su empleador o una carta del empleador como comprobante de ingreso con el nombre de la empresa indicando los ingresos pagados por semana/mes/ año
- Comprobante oficial de ingreso del seguro social / carta de SSI/discapacidad /declaración de desempleo (si aplica)
- Factura o comprobante de corte por pensión alimenticia / manutención de los hijos (si aplica)

Su aplicación será procesada en 2-3 semanas. Usted recibirá una carta con el resultado de su solicitud.

Por Correo Electrónico:

hhsdentalmailbox@montgomerycountymd.gov

En Persona:

Germantown Dental Services
12900 Middlebrook Drive, 2nd Floor
Germantown, Maryland 20874

Silver Spring Dental Services
8630 Fenton Street, 10th Floor
Silver Spring, Maryland 20910

Metropolitan Court Dental Services
7-1 Metropolitan Court
Gaithersburg, Maryland 20878

Rockville Pike Dental Services
1401 Rockville Pike, Suite 340
Rockville, Maryland 20852

Ó envíelo por Correo a:

Rockville Pike Dental Services Programa Dental Para Adultos
1401 Rockville Pike, Ste 340
Rockville, Maryland 20852

SECTION C. SIGNATURE SECTION

Certifico que la información que proporcioné arriba es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y le doy mi permiso al Condado de Montgomery para que contacte a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Leí y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se encuentran en este paquete de solicitud. Sé que me pueden sancionar si, a sabiendas, doy información falsa y declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, mi creer y mi conocimiento.

Firma del solicitante y/o beneficiario	Escriba en letra de molde (Nombre)	Fecha