

طلب خدمات علاج الأسنان APPLICATION FOR DENTAL SERVICES  
Lincoln-Lancaster County Health Department -- Dental Division  
عيادة الأسنان دائرة الصحة في لنكن مقاطعة لانكستر -  
3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Person Applying for Dental services  
اسم الشخص الذي يطلب خدمة الأسنان

Relationship to Patient  
العلاقة بالمريض

Social Security Number  
رقم الضمان الاجتماعي

Address [Number, Street]  
العنوان (الشارع/ الرقم)

City/State  
الولاية/المدينة

Zip Code  
الرمز البريدي

County  
المقاطعة

Home Phone  
هاتف المنزل

Mailing Address [if different]  
العنوان البريدي اذا كان مختلف

City/State  
الولاية/المدينة

Zip Code  
الرمز البريدي

County  
المقاطعة

Household Income: Hourly [في الساعة] Weekly [اسبوعيا] Bi-Weekly [في الاسبوعين] Monthly [شهريا]  
Bi-Monthly [في شهرين] Annually [سنويا] Other [غير ذلك]

List All Household Members with Income	Current Employer/phone	Hourly wage	# of Hours worked per week	Gross Monthly Income	How often paid: Use categories above
[أسماء أفراد العائلة مع الدخل]	[مكان العمل/ رقم الهاتف]	[الأجر بالساعة]	[عدد ساعات العمل في الاسبوع]	[الدخل الشهري الكلي]	[كيفية الدفع استعمال الصفات المذكورة اعلاه]
1.					
2.					
3.					

Do you or anyone within your household receive any of the following? [هل انت أو أحد افراد عائلتك يستلم مما يأتي] Amount الكمية

1. Unemployment [راتب العاطلين عن العمل] \$ \_\_\_\_\_
2. Social Security [الضمان الاجتماعي] \$ \_\_\_\_\_
3. Disability Benefits [راتب المعوقين] \$ \_\_\_\_\_
4. Child Support/Alimony [النفقة/دعم الأطفال] \$ \_\_\_\_\_
5. Retirement Benefits [الراتب التقاعدي] \$ \_\_\_\_\_
6. Supplemental Income from any other source [family, sponsorship, etc] [مصدر مساعد من اي جهة اخرى (عائلي، تبني، الخ)] \$ \_\_\_\_\_
7. Household Income/Resources not previously identified [الدخل العائلي/مصادر اخرى لم تذكر] \$ \_\_\_\_\_

Are you a U.S. citizen? [هل انت مواطن امريكي؟] Yes/ نعم No/ لا

If not, what is your residency status? [اذا كان الجواب لا فما هو وضع اقامتك؟] \_\_\_\_\_

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County? [هل سكنك الحالي لنكن او مقاطعة لانكستر؟] Yes/ نعم No/ لا

How long? [ماهي المدة] \_\_\_\_\_

What is your primary language? [ماهي لغتك الاساسية؟] \_\_\_\_\_

Country of origin [البلد الأصلي] \_\_\_\_\_

Do you need an interpreter? [هل انت بحاجة الى مترجم؟] Yes/ نعم No/ لا

Interpreter's name [اسم المترجم] \_\_\_\_\_ Interpreter's phone [رقم هاتف المترجم] \_\_\_\_\_

Are you a student? [هل انت طالب/طالبة؟] Yes/ نعم No/ لا

Name of school [اسم المدرسة] \_\_\_\_\_

Is your spouse a student? [هل الزوج/الزوجة طالب/طالبة؟] Yes/ نعم No/ لا

Name of school [اسم المدرسة] \_\_\_\_\_

-OVER [يتبع]-

<b>HEALTH OR DENTAL COVERAGE</b> [الضمان الصحي أو الضمان لعلاج الأسنان]		<b>Insurance company</b> اسم شركة التأمين	<b>Family members covered by the programs</b> أسماء افراد العائلة الذين لديهم التغطية من هذه البرامج
<b>Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children?</b> هل تتلقى أو اي شخص من افراد اسرتك مساعدة طبية. برنامج معونة الطفل أو مساعدة طفل معاق؟	Yes/نعم No /لا		
<b>Are you or your family covered by Health Insurance?</b> هل انت أو احد افراد العائلة لديه الضمان الصحي	Yes/نعم No /لا		
<b>Are you or your family covered by Dental Insurance?</b> هل انت أو احد افراد العائلة لديه الضمان لمعالجة الأسنان؟	Yes/نعم No /لا		

**LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD** [أسماء جميع افراد العائلة]

Name [الأسم]	Relationship [العلاقة]	Date of birth [تاريخ الميلاد]	Age [العمر]	Race -use list below الأصل استعمل القائمة التي في الأسفل	Hispanic/Latina Ethnicity العرق اللاتيني الآسيوي	Medicaid number رقم المديكيد
1.					Yes/نعم_ No/لا	
2.					Yes/نعم –No/لا	
3.					Yes/نعم –No/لا	
4.					Yes/نعم –No/لا	
5.					Yes/نعم –No/لا	
6.					Yes/نعم –No/لا	
7.					Yes/نعم_ No/لا	
8.					Yes/نعم_ No/لا	
9.					Yes/نعم_ No/لا	
10.					Yes/نعم_ No/لا	

**Race** [الأصل] **White** [البييض] **Black/African American** [السود/الأمريكان الأفريقيين]  
**American Indian/Native American** [الأمريكان الهنود / الأمريكيين الأصليين] **Asian** [آسيوي]  
**Hawaiian/Pacific Islander** [سكان احد لجزر المحيط الأطلسي/هاواي] **Other** [غير ذلك]

**Immediate health concerns or problems** [المشكلة أو مايتعلق بالصحة التي تحتاج الى علاج الآن]

**Other comments** [التعليقات الأخرى]

**Print name** [اكتب الأسم]

**Signature** [التوقيع]

**Date** [التاريخ]

**For office use only** [تعباً من قبل الدائرة فقط]

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

Staff Comments \_\_\_\_\_