

درخواست برای خدمات دندانپزشکی
 اداره بهداشت و درمان در لنکن شهرستان لنکستر - Lincoln-Lancaster County Health Department
 کلینیک دندانپزشکی
 3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Person Applying for Dental services
 افراد متقاضی خدمات دندانپزشکی

Relationship to Patient
 ارتباط با مریض

Social Security Number
 شماره امنیت اجتماعی

Address [Number, Street]
 آدرس (شماره، خیابان)

City/State
 شهرستان / استان

Zip Code
 کد پستی

County
 شهرستان

Home Phone
 شماره تلفن منزل

Mailing Address [If different]
 آدرس (شماره، خیابان)

City/State
 شهرستان / استان

Zip Code
 کد پستی

County
 شهرستان

Household Income: Hourly [درآمد خانواده ساعتی] Weekly [هفتگی] Bi-Weekly [اگر دو هفته] Monthly [ماهانه]
 Bi-Monthly [هر دو ماه] Annually [سالانه] Other [دیگر]

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)
فهرست همه اعضای خانواده با درآمد	کارفرما حالی / تلفن	دستمزد ساعتی	شماره ساعتهای کار در هفته	درآمد درشت ماهیانه	چگونه اغلب پرداخت از دست بالا استفاده کنید
1.					
2.					
3.					

آیا شما یا هر کسی در خانواده شما از موارد زیر دریافت می کنید؟ Do you or anyone within your household receive any of the following?

Amount مقدار

1. Unemployment [بیکاری] \$ _____
2. Social Security [امنیت اجتماعی] \$ _____
3. Disability Benefits [مزایای از ناتوانی] \$ _____
4. Child Support/Alimony [حمایت از کودکان / نفقه] \$ _____
5. Retirement Benefits [مزایای بازنشستگی] \$ _____
6. Supplemental Income from any other source [family, sponsorship, etc] درآمد شرکت از هر منبع دیگری [خانواده، حمایت، و غیره] \$ _____
7. Household Income/Resources not previously identified
8. [درآمد خانوادگی / منابع قبلاً مشخص نشده] \$ _____

Are you a U.S. citizen? [آیا شما یک شهروند ایالات متحده؟] Yes/بله No/خیر

If not, what is your residency status? [اگر نه، چه وضعیت اقامت خود را است؟] _____

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County? [آیا شما یکی از ساکنان فعلی لینکلن و شهرستان لنکستر؟] Yes/بله No/خیر

How long? [چه مدت؟] _____

What is your primary language? [زبان اصلی شما چیست؟] _____

Country of origin [کشور اصلی] _____

Do you need an interpreter? [آیا یک مترجم نیاز دارید؟] Yes/بله No/خیر

Interpreter's name [نام مترجم] _____ Interpreter's phone [تلفن مترجم] _____

-OVER [ادامه دارد]-

Are you a student? [آیا شما یک دانش آموز؟] _____ Yes/بله _____ No/خیر

Name of school [نام مدرسه] _____

Is your spouse a student? [آیا همسر شما یک دانش آموز؟] _____ Yes/بله _____ No/خیر

Name of school [نام مدرسه] _____

HEALTH OR DENTAL COVERAGE [بهداشت یا بی‌مه دندانپزشکی]		Insurance company [شرکت بیمه]	Family members covered by the programs [اعضای خانواده تحت برنامه بیمه]
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? [آیا شما و یا هر کسی در خانواده شما مدی‌کی‌د، کمک ب کودکان، و یا کمک به کودکان ناتوان دریافت می‌کنی؟]	Yes/بله No/خیر		
Are you or your family covered by Health Insurance? [آیا شما یا خانواده شما تحت پوشش بیمه درمانی؟]	Yes/بله No/خیر		
Are you or your family covered by Dental Insurance? [آیا شما و یا خانواده خود را تحت پوشش بیمه دندانپزشکی؟]	Yes/بله No/خیر		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD [نام همه اعضای در خانواده]

Name نام	Relationship علاقه	Date of birth تاریخ تولد	Age سن	Race - use list below نژاد از لیست زیر استفاده کنید	Hispanic/Latina Ethnicity اسپانیایی / قومیت لاتین	Medicaid number شماره مدیکید
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 بوستان] **Black/African American** [سی‌اه بوستان / آفریقایی آمریکایی] **American Indian/Native American** [آمریکایی هند / بومی آمریکا] **Asian** [آسیوی] **Hawaiian/Pacific Islander** [هاوایی / جزایر اقیانوس آرام] **Other** [دیگر]

Immediate health concerns or problems [نگران‌های بهداشتی فوری و یا مشکلات]

Other comments [نظرات دیگر]

Print name [نام چاپ]

Signature [امضا]

Date [تاریخ]

For office use only [فقط برای استفاده های اداری]	
Total Yearly Gross Income Reported for Household \$ _____	Client Fee Step _____
Staff Comments _____	