

APPLICATION FOR DENTAL SERVICES [Aplicación Para Servicios Dentales]
Lincoln-Lancaster County Health Department -- Dental Division
3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Person Applying for Dental services
 [Persona que aplica servicios dentales]

Relationship to Patient
 [Parentesco con el paciente]

Social Security Number of Person Applying for Dental Services
 [No. de seguro social de la person aplicando por los servicios dentales]

Address [Number, Street]
 [Dirección [número, calle]

City/State
 [Ciudad/Estado]

Zip Code
 [Código postal]

County
 [Condado]

Home Phone
 [Teléfono de casa]

Mailing Address [if different]
 [Dirección de correo, si es diferente]

City/State
 [Ciudad/Estado]

Zip Code
 [Código postal]

County
 [Condado]

Household Income:
 [Ingreso de la casa]

Hourly [Por hora] Weekly [Semanal]
Bi-Monthly [Cada 2 meses]

Bi-Weekly [Quincenal]
Annually [Cada Año]

Monthly [Mesual]
Other [Otro]

Household Members/ Relationship	Current Employer	Hourly wage	# of Hours worked per week	Gross Monthly Income	How often paid: Use categories above
[Miembros de la Familia que trabajan/Parentesco]	[Lugar de Empleo Actual/ Teléfono de Trabajo]	[Cuanto es su salario por hora]	[# de horas de trabajo Semanal]	[Su Ingreso Mensual Total]	[Cada cuanto tiempo le pagan: Usa las categorías de arriba]
1.					
2.					
3.					

Do you or anyone within your household receive any of the following?

[Usted o alguien en su hogar recibe alguno de los siguientes?]

- | | |
|---|----------|
| 1. Unemployment [Desempleo] | \$ _____ |
| 2. Social Security [Seguro Social] | \$ _____ |
| 3. Disability Benefits [Beneficios de Incapacidad] | \$ _____ |
| 4. Child Support/Alimony [Ayuda financiera de los padres a los hijos/pensión] | \$ _____ |
| 5. Retirement Benefits [Beneficios de jubilación] | \$ _____ |
| 6. Supplemental Income from any other source [family, sponsorship, etc]
[Ingreso adicional de otra fuente (familia, patrocinio, etc)] | \$ _____ |
| 7. Household Income/Resources not previously identified
[Ingreso/recursos en su hogar no identificados anteriormente] | \$ _____ |

Are you a U.S. citizen? [Es usted ciudadano de los Estados Unidos?] **Yes/Sí** **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? [Es usted un residente de Lincoln o el Condado de Lancaster actualmente?] **Yes/Sí** **No**

How long? [¿Por cuanto tiempo?] _____

What is your primary language? [Su idioma principal] _____

Country of origin [Pais de origen] _____

Do you need an interpreter? [¿Necesita intérprete?] **Yes/Sí** **No**

Interpreter's name [Nombre del interprete] _____ **Interpreter's phone** [Teléfono del interprete] _____

Is the person applying for dental services a student? [¿Es estudiante la persona aplicando por los servicios dentales?] **Yes/Sí** **No**

Name of school [Nombre de la escuela] _____

Is your spouse a student? [¿Su esposo es estudiante?] **Yes/Sí** **No**

HEALTH OR DENTAL COVERAGE [Seguros de salud o dental]		Insurance company [Nombre de su compañía de seguro]	Family members covered by the programs [Miembros de la familia que se incluyen en el programa]
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? [Usted o alguien en su hogar recibe Medicaid (Ayuda Médica), Kids Connection (Ayuda Financiera del Estado a los niños).	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		
Are you or your family covered by Health Insurance? [Está usted o su familia cubierto(a) por un Seguro de Salud?]	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		
Are you or your family covered by Dental Insurance? [Está usted o su familia cubierto(a) por un Seguro Dental?]	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD [Liste todos los miembros de su hogar]

Name [Nombre]	Relationship [Parentesco]	Date of birth [Fecha de nacimiento]	Age [Edad]	Race -use list below [Raza - use la lista abajo]	Hispanic/Latina Ethnicity [Etnia Hispana/Latina]	Medicaid number [Número de Medicaid]
1.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
2.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
3.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
4.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
5.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
6.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
7.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
8.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
9.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
10.					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	

Race [Raza] **White [Blanco]** **Black/African American [Negro/Afro-Americano]**
American Indian/Native American [Indio Americana/ Americana Nativa] **Asian [Asiática]**
Hawaiian/Pacific Islander [Hawaiana/Isleño Pacífica] **Other [Otra]**

Immediate health concerns or problems [Preocupaciones de salud o problemas inmediatos]

Other comments [Otros comentarios]

Declaro que la información suministrada arriba es verdadera. Entiendo que cualquier información reportada falsamente puede resultar en una reevaluación de elegibilidad para usar los servicios y podría ser rechazado por la clínica dental.

Print name [Nombre en letras]

Signature [Firma]

Date [Fecha]

For office use only [Para uso de la oficina solamente]
Total Yearly Gross Income Reported for Household \$_____ Client Fee Step
Staff Comments