

APPLICATION FOR DENTAL SERVICES
 د غاښونو د خدماتو لپاره غوښتنلیک
Lincoln-Lancaster County Health Department
 د لینکلن ښار د لنکستر کونټی روغتیا څانګه
Dental Division
 د غاښوڅانګه
3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Lincoln-Lancaster County
Health Department

Person Completing Application د کورنۍ غوښتنلیک دکوی Relationship to patient(s) اړیکه سره اړیکه Social Security Number of Person Completing Application د غوښتنلیک بشپړونکی دکوی
شخص ټولنیز امنیت شمیره

Address (Number, Street) (شمیره، سړک) آدرس City/State ښار/ ولایت Zip Code زیپ کود County کونټی

Home Phone د کور تلیفون Cell Phone موبایل شمیره Email Address ایمل ادرس

How would you like to be contacted for appointment reminders? Phone Text Email

تاسو څنګه غواړئ د لیدنې د یادونې لپاره د سره اړیکه ونیسئ؟

تلیفون متن برېښنالیک

List All Household Members with Income د کورنۍ ټول غړی چې عاید لری لست کړی	Current Employer/Phone اوسنی گومارونکی / تلیفون	Hourly Wage د ساعت معاش	# of Hours worked per week په اونۍ کی د کار کولو ساعتونه	Gross Monthly Income ناخالص میاشتنی عاید	How often do you get paid: (Hourly, Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or Annually) تاسو سنګه پیسې تر لاسه کوی (ساعت، اونۍ، دوه هفتي، میاشتنی یا کلنی)
1.					
2.					
3.					
4.					

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

آیا تاسو یا ستاسو په کورنۍ کی کوم یو له لاندی لست څخه تر لاسه کوی ؟

مقدار / Amount

- Unemployment بی روزگاری/بیکاري \$ _____
- Social Security اجتماعی خدمات \$ _____
- Disability Benefits د معلولیت گټی \$ _____
- Child Support/Alimony د ماشومانو حمایت / نفقه \$ _____
- Retirement Benefits د تقاعد گټی \$ _____
- Supplemental Income from any other source (family, sponsorship, etc.)
د هرې بلې سر چینی څخه اضافی عاید (کورنۍ، مالی حمایت او نور) \$ _____
- Household Income/Resources not previously identified
د کورنۍ عاید / منابع چی مخکی پیژندل شوی نه وی \$ _____

Are you a U.S. citizen? آیا تاسو د متخده ایالاتو تبعه یاست؟ Yes/هو No/نه

If not, what is your residency status? که نه ستاسو د استونکی حالت سنګه دی? _____

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County?

آیا تاسو د لنکلن ښار د لنکستر کاونټی اوسنی اوسیدونکی یاست؟ Yes/هو No/نه

How long? څو وخت؟ _____

What is your primary language? ستاسو مورنی ژبه کومه ده؟ _____

Country of Origin؟ اصلې ځای _____ د استونکې

Do you need an interpreter for dental services? ترچمان ته ضرورت لری؟

Yes / هو No / نه

Interpreter's Name: نوم د ترچمان نوم: _____

Is the parent/or applicant applying for dental services a college or graduate student?

آیا مور یا د غاښونو د خدماتو غوښتنکی د کالج زده کوونکی دی یا فارغ شوی دی؟

Yes / هو No / نه

Name of School نوم د ښوونځي نوم _____

Is your spouse a college or graduate student? آیا ستاسو میره / خاتمه د کالج زده کوونکی دی یا فارغ شوی؟

Yes / هو No / نه

Name of School نوم د ښوونځي نوم _____

Is the parent/or applicant on a visiting or student visa

آیا مور او پلار یا غوښتونکی د لیدني یا زده کوونکي ويزې لری ؟

Yes / هو No / نه

HEALTH OR DENTAL COVERAGE روغتیا او د غاښونو پوښښ		Insurance Company د بیمې کمپنی	Family members covered by the programs د کورني غړي د پروگرامونو تر پوښښ لاندې دي
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? آیا تاسو یا ستاسو په کورني کې کوم څوک دولتي بیمه، ماشومانو اړیکه، یا له انحصاري ماشومانو سره مرسته تر لاسه کوی؟	___ Yes / هو ___ No / نه		
Are you or your family covered by Health Insurance? آیا تاسو یا ستاسو کورني د روغتیا د بیمې د پوښښ لاندې یاست؟	___ Yes / هو ___ No / نه		
Are you or your family covered by Dental Insurance? آیا تاسو یا ستاسو کورني د غاښونو د بیمې د پوښښ لاندې یاست؟	___ Yes / هو ___ No / نه		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD د کور ټول غړي لست کړی

Name / نوم	Relationship اړیکه	Date of Birth د زیږیدو نیټه	Age عمر	Race (Use list below) نژاد (لاندې لست وکاروی)	Hispanic/Latina Ethnicity هسپانیوی / لاتینی توکم	Medicaid Number د دولتي بیمې شمیره
1.					___ Yes / هو ___ No / نه	
2.					___ Yes / هو ___ No / نه	
3.					___ Yes / هو ___ No / نه	
4.					___ Yes / هو ___ No / نه	
5.					___ Yes / هو ___ No / نه	
6.					___ Yes / هو ___ No / نه	
7.					___ Yes / هو ___ No / نه	
8.					___ Yes / هو ___ No / نه	
9.					___ Yes / هو ___ No / نه	
10.					___ Yes / هو ___ No / نه	

Race: / نژاد White سپین Black/African American امریکایی افریقایی امریکایی Asian آسیایی American Indian/Native American امریکایی نژاد (لاندې لست وکاروی) Other نور Hawaiian/Pacific Islander د هاوایی / پسیفیک ټاپو اوسیدونکی هندی / اصلی امریکایی

Immediate Health Concerns or Problems سمدستي روغتیا اندېښنې یا ستونزې

Other Comments نورې تبصرې

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.

زه اعلان کوم چې پورته معلومات بشپړ او دقیق دي . زه پوهیږم چې کوم معلومات چې غلط ډول راپور شوی د خدماتو لپاره د وړتیا بیا ارزونې او د غاښونو له کلینیک څخه د ممکنه ګوښه کیدو پایله کیدای شی.

Print Name نوم شوی لیکل

Signature لاسلیک

Date نیټه

For Office Use Only:	
Total Yearly Gross Income Reported for Household \$ _____	Client Fee Step _____
Staff Comments _____	
Revised 6/2024	