



**Programa Dental para Adultos del Condado de Montgomery  
(19 A 59 AÑOS DE EDAD) SIN SEGURO DENTAL**

El programa provee cuidado dental general incluyendo servicios dentales de emergencia a personas adultas entre los 19 y 59 años. A los pacientes que necesitan atencion especializada dental se les dara informacion sobre donde acudir para recibir atencion de seguimiento.

TODOS LOS PACIENTES APROVADOS PAGARAN POR SU CONSULTA  
\$20.00 POR VISITA  
\$30.00 POR EMERGENCIA

\* Complete el formulario de elegibilidad y envíe copias de los siguientes documentos mostrando el nombre del solicitante y domicilio actual \*

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ (Si usted es mayor de 60 años, puede aplicar para el programa dental para Seniors)

Genero:  Masculino  Femenino  Transgenero  Se niega a contestar

Raza:  Blanca  Negra  Asiatica  Otro Necesita asistencia con el idioma (Ingles):  Si  No

Etnicidad: Hispano  Si  No País de Origen: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* El programa dental es solo para clientes sin seguro dental, en ningún momento este programa puede ser usado como cobertura adicional a su seguro dental)

Es usted paciente de las clínicas de Montgomery Cares:  Si  No CHL# \_\_\_\_\_

(Mercy Clinic, Proyecto Salud, Holy Cross, Spanish Catholic, Community Clinic, etc)

Es usted o alguien de su familia parte de uno de estos programas:

- Care For Kids      Escriba el # de miembro ( Por ejemplo: P-12345): \_\_\_\_\_
- Maternity Partnership      Fecha de expiración: \_\_\_\_\_
- Senior Dental Program

Tiene seguro medico:  Si  No Nombre y numero del seguro medico: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

(En caso reciba medicare o medical assistance, favor de proveer una copia de su tarjeta de seguro)

Es usted jefe de hogar:  Si  No Nombre del jefe de hogar: \_\_\_\_\_

(Tiene personas que depende de sus ingresos)

Numero de personas en su hogar: \_\_\_\_\_ Cuantos de ellos son menores de 18 años: \_\_\_\_\_

(Solo incluya las personas que dependen de sus ingresos o del jefe del hogar)

\*Incluya sueldos y salario, beneficios de desempleo, compensacion de trabajo, beneficios del gobierno publico como colillas de comida, beneficios del seguro social y jubilaciones, etc.

Fuente de ingresos: Sueldo \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Mensual  Anual  
Colillas de Comida (Food Stamps): \$ \_\_\_\_\_ Compensacion de Trabajo o Desempleo: \$ \_\_\_\_\_  
Beneficios del gobierno publico o jubilacion: \$ \_\_\_\_\_ Otros: \$ \_\_\_\_\_

Afirmo que toda la informacion que he presentado es verdadera y doy permiso al programa dental del condado de Montgomery que revise la informacion y la documentacion pertinente al programa Dental para adultos del condado de Montgomery County.

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Presente este formulario completo con todos los documentos requeridos al:  
Programa Dental para Adultos del Condado de Montgomery  
Attn: Unidad De Elegibilidad Para Adultos  
1401 Rockville Pike, 3<sup>rd</sup> Floor  
Rockville, Maryland 20852  
Office: 240-777-1659 Fax: 240 777-1818

**AGENCIA DE REFERENCIA COMPLETE ESTA SECCION:  
Es su cliente elegible para los servicios dentales:  Sí  No**

\* Confirmar y/o verificar documentos de domicilio del cliente, ingresos, identificación personal, edad y reviso y aprobación\*

**Por favor marque las casillas de los documentos que presenta:  
DOCUMENTOS REQUERIDOS**

**Prueba de Domicilio:**

Proporcionar solo uno de los siguientes documentos que estén a su nombre

- Comprobante de hipoteca, alquiler (o carta de contrato de hipoteca/arrendamiento)
- Factura de servicios públicos con el nombre y la dirección (Gas, Electricidad, Agua)
- Factura de teléfono (línea de casa solamente)
- Las personas sin hogar (homeless) deben proveer una carta del refugio donde está 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 solo 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

- Licencia de conducir o Identificación Del Estado de Maryland
- Pasaporte, tarjeta de residencia, tarjeta de autorización para trabajar
- Identificación de Casa de Maryland

**Prueba de Ingresos: (Ingreso total del hogar)**

- Declaración de impuestos firmado (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 de su empleador con el nombre de la empresa indicando los ingresos pagados por semana/mes/año. Si usted trabaja directamente para alguien, su empleador puede preparar una carta notariada señalando sus ingresos.
- 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)

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_

Trabajador Social/ Ayudante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Presente este formulario completo con todos los documentos requeridos al:  
Programa Dental Para Adultos del Condado De Montgomery  
Attn: Unidad De Elegibilidad Para Adultos  
1401 Rockville Pike, 3<sup>rd</sup> Floor  
Rockville, Maryland 20850  
Office: 240-777-1659 Fax: 240 777-1818**