



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DENTAL PARA ADULTOS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
ESCALA DE TARIFAS VARIABLES (19 AÑOS DE EDAD A 59 AÑOS)

Se proporcionan servicios dentales generales y de emergencia a residentes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente.
 A los pacientes que necesitan atención especializada dental se les brinda información sobre los recursos apropiados para el seguimiento del tratamiento.

**TODOS LOS PACIENTES APROBADOS DEBEN DE PAGAR LAS TARIFAS
 DETERMINADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND
 SEGÚN LA TABLA DE CAPACIDAD DE PAGO**

COUNTY OFFICIAL USE ONLY:	
eICM Contact ID:	_____
Case Number:	_____

* Complete este Formulario de Elegibilidad y envíe copias de los documentos en la segunda pagina mostrando el nombre del solicitante y domicilio actual *

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)	Teléfono de su residencia	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
¿Dónde vive? (Número y calle)	# de apto.	Ciudad	Estado
Código Postal			
¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ Necesita asistencia con el idioma (Inglés): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué lenguaje? _____			
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____			
¿Es Usted jefe del hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No No es así, es: Nombre del jefe del hogar? _____ (Tiene personas que depende de sus ingresos)			
Número de personas en su hogar: _____ Cuántos de ellos son menores de 18 años: _____ (Sólo incluya las personas que dependen de sus ingresos o del jefe del hogar)			
¿Es Usted paciente de las clínicas de Montgomery Cares? (Mercy Clinic, Proyecto Salud, Holy Cross, Spanish Catholic, Community Clinic, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Es Usted o alguien de su familia parte de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<ul style="list-style-type: none"> • Care for Kids • Maternity Partnership • Senior Dental Program Si es así, es: Fecha de expiración: _____			

SECCIÓN A. SOLICITANTE

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque SÍ para cada persona por la que está solicitando. Marque NO para cada persona por quien no está solicitando.							Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social	
SOLICITANDO PARA: ESCALA DE TARIFAS VARIABLES	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACIÓN CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M = Masculino F = Femenino	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	*RAZA (Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiático B = Negro/Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	*ETNICIDAD H/L = Hispano/Latino N/L = No Hispano/No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Mismo					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cónyuge /Pareja					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	

*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.

SECCIÓN B. INGRESOS

Fuente de ingresos: _____ Sueldo \$ _____ Semanal Quincenal Mensual

Estampillas de Comida (Food Stamps): \$ _____ Compensación de Trabajo o Desempleo: \$ _____ Beneficios del gobierno público o jubilación: \$ _____

* Incluya sueldos y salario, beneficios de desempleo, compensación de trabajo, beneficios del gobierno público como estampillas de comida, beneficios del seguro social y jubilaciones, etc.

¿Eres un estudiante? Si No Si sí, marque uno: Tiempo-Completo Tiempo-Parcial

Si usted no tiene ningún ingreso, por favor explique: _____

SECCIÓN C. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) MISMO	País de nacimiento	Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador Nombre del jefe de hogar: _____ ID# _____
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) Cónyuge /Pareja	País de nacimiento	Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador Nombre del jefe de hogar: _____ ID# _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS DE LOS DOCUMENTOS QUE PRESENTA:

Prueba de que usted vive en el Condado de Montgomery:

Proporcionar solo uno de los siguientes documentos que estén a su nombre (copias solamente)

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

- Licencia de conducir o Identificación del Estado de Maryland
- Pasaporte, tarjeta de residencia, tarjeta de autorización para trabajar
- Identification of Casa of Maryland
- Identificación del estudiante (debe ser el semestre /año actual)

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

- Declaración de impuestos firmada (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 notarizada de su empleador o una carta del empleador como comprobante de ingreso con el nombre de la empresa indicando los ingresos pagados por semana/mes/ año
- 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)

Su aplicación será procesada en 2-3 semanas. Usted recibirá una carta con el resultado de su solicitud.

Por Correo Electrónico:

hhsdentalmailbox@montgomerycountymd.gov

En Persona:

Germantown Dental Services
12900 Middlebrook Drive, 2nd Floor
Germantown, Maryland 20874

Silver Spring Dental Services
8630 Fenton Street, 10th Floor
Silver Spring, Maryland 20910

Metropolitan Court Dental Services
7-1 Metropolitan Court
Gaithersburg, Maryland 20878

Rockville Pike Dental Services
1401 Rockville Pike, Suite 340
Rockville, Maryland 20852

Ó envíelo por Correo a:

Rockville Pike Dental Services Programa Dental Para Adultos
1401 Rockville Pike, Ste 340
Rockville, Maryland 20852

SECTION C. SIGNATURE SECTION

Certifico que la información que proporcioné arriba es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y le doy mi permiso al Condado de Montgomery para que contacte a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Leí y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se encuentran en este paquete de solicitud. Sé que me pueden sancionar si, a sabiendas, doy información falsa y declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, mi creer y mi conocimiento.

Firma del solicitante y/o beneficiario	Escriba en letra de molde (Nombre)	Fecha



ACUSE DE RECIBO DE HIPAA Y FORMA DE DESIGNACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

I. Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento:

Al firmar con mi nombre abajo, reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) y que leí (o tuve la oportunidad de leer) y entendí el Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP) y estoy de acuerdo con sus términos.

Nombre del cliente

Fecha de nacimiento

Firma del cliente, parent o guardián

Fecha

II. Denominación de ciertos familiares, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Estoy de acuerdo con que el departamento divulgue cierta información de mi salud al Representante Personal de mi elección, ya que esa persona está involucrada con mi cuidado médico o pagos relacionados al mismo. En ese caso, DHHS divulgará sólo la información que es directamente relevante para la persona que se involucra con mi cuidado médico o con el pago relacionado con el mismo.

Escriba nombre: _____

Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

Nombre: _____

Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

Nombre: _____

Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

III. Solicitud para recibir comunicación confidencial por medios alternativos:

Tal como lo establece la Norma de Privacidad Sección 164.522(b), solicito que DHHS haga todas las comunicaciones conmigo por medios alternativos o en las ubicaciones que enlista abajo.

Número de teléfono de casa:

Está bien que deje mensaje con información detallada
 Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Dirección para comunicación escrita:

Está bien que envíe correo a la dirección de arriba
 Envíe correo electrónico a: _____

Número de teléfono celular o móvil:

Está bien enviar mensaje de texto con información
 Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Comunicación por fax:

Está bien enviar fax al número de arriba
 Envíe correo electrónico a: _____

Número de teléfono del trabajo:

Está bien enviar mensaje de texto con información
 Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Otro: _____

1. Las autorizaciones previas fueron hechas de forma voluntaria y puedo negarme a estar de acuerdo con sus términos sin que se afecte ninguno de mis derechos de recibir cuidado de salud en el Departamento.
2. Estas autorizaciones se pueden revocar en cualquier momento al notificar al Departamento por escrito, a su dirección de correo, con atención a "HIPAA Privacy Officer."
3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en divulgaciones que se llevaron a cabo previo a la ejecución de cualquier revocación.
4. Puedo ver y copiar la información descrita en esta forma, si la pido, y puede obtener una copia de esta forma después de que la firme.
5. Llené esta forma completamente antes de que la firmara y que reconociera que se contestaron todas mis preguntas a mi satisfacción, que entendí completamente esta forma de autorización y que recibí una copia firmada.
6. Esta autorización es válida a partir de la fecha en la que firmé abajo y debe mantenerse válida hasta que se cambie o sea revocada.

Nombre del cliente (Letra de molde)

Firma del Cliente

Fecha