

DENTISTS WHO CARE SMILE VOUCHER PROGRAM

QUERIDO SOLICITANTE:

Las siguientes páginas corresponden a la aplicación para el programa de vales para caridades dentales.

Quienes Somos?

Dentistas que se preocupan (DWC, por sus siglas en inglés) es una fundación privada sin fines de lucro creada para ayudar a resolver problemas de salud bucal entre los niños y adultos del Valle del Río Grande. La misión es mejorar la calidad de vida de las personas de bajos recursos en el Valle de Río Grande de Texas por medio del cuidado de salud oral.

Elegibilidad:

Los dentistas en el Valle del Río Grande son voluntarios que dan servicios a nuestros clientes que no pueden pagar un tratamiento dental. Si estás presentando dolor y calificas. DWC te podría referir a un con un dentista proporcionando un vale (con el valor de \$300) para gastos dentales de emergencia.

Si usted no tiene Seguro médico, ni Medicaid o tiene un bajo ingreso; usted podría calificar para un tratamiento gratis. Los pacientes tienen que vivir en el área del Valle del Río Grande. La persona solo puede recibir servicios una vez al año (desde el día de su última cita).

COSTO:

Si califica, es posible que no tenga que pagar por nada. De vez en cuando, se le puede pedir a los pacientes que paguen parte de su tratamiento a una tarifa reducida o por trabajos de laboratorio.

PROCESO DE LA APLICACIÓN:

Paso Uno

Llene toda la aplicación lo mejor posible y explique porque necesita nuestros servicios. No deje ni un espacio en blanco.

Paso Dos:

Cuando recibamos su aplicación, nosotros decidiremos si usted es elegible para el programa o no.

Paso tres:

Cuando su solicitud aparezca en la parte superior de la lista de espera, "Dentists Who Care" se comunicará con usted y revisará la solicitud con usted. Si es elegible, lo van referir a un dentista voluntario. Si un voluntario acepta verte, tienes 30 días a partir de la fecha del comprobante emitido para programar una cita.

CITAS:

Si no se presenta o no llama al dentista dentro de las 24 horas para cancelar la cita, no será elegible para servicios en el futuro.

Lamentamos que tenga un problema dental. Esperamos que el programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care" pueda ser de alguna ayuda.

Sinceramente, Mary Mendez

Coordinador del Programa

Mantenga esta página para sus registros.



SOLICITUD PARA DENTISTS WHO CARE

Dentists Who Care, INC
307 E. Railroad Street, #112
Weslaco, TX 78596
Office: 956- 318-3383
Fax: 956-467-4776
Enviar solicitud a:
dentistswhocare@gmail.com

Sólo para uso interno:	
ID de Aplicación: _____	Fecha Ingresada: _____
Circule uno: Aprobado Negado	Fecha: _____
Referir doctor: _____	

Fecha de aplicación: _____

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ (Casa)

Dirección: _____ Teléfono (____) _____ (cell)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Male: Female: **Military Veteran:** (Incluir una copia de DD 214)

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Contacto de Emergencia (familiar, amistad, etc.) _____

Teléfono: (____) _____ Relación contigo: _____

¿Ha recibido servicios a través del programa Charity Voucher antes? No Si, si, en que ciudad?

¿Cómo se enteró del programa de Charity Voucher? _____

MEDICAL INFORAMTION (encierra en un circulo un si o no)

- | | | | | | |
|----|----|---------------------|----|----|------------------------|
| Si | No | Asma | Si | No | Epilepsia |
| Si | No | Convulsiones | Si | No | Desmayo |
| Si | No | Anemia | Si | No | Hepatitis |
| Si | No | Varicela | Si | No | Problemas del Corazón |
| Si | No | Cancer | Si | No | Enfermedad del riñón |
| Si | No | Diabetes | Si | No | Sarampión |
| Si | No | Paperas | Si | No | Fiebre reumática |
| Si | No | Problemas Sinusales | Si | No | Enfermedad de tiroides |
| Si | No | Tuberculosis | Si | No | SIDA/H.I.V |

Discapacidades mayores o problemas de salud (Explique con mayor detalle posible; incluya la fecha de diagnóstico, síntomas, tratamiento, etc.): _____

Nombre todos los medicamentos que está tomando.: _____

Nombre del médico primario: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Utilizas una silla de ruedas: Baston: Andador: Moto:

¿Requiere acceso para sillas de ruedas? SI: No:

INFORMACION DENTAL

Nombre del último dentista: _____ Fecha aproximada de la última consulta con el dentista: _____

¿Cómo llegarás a las citas con el dentista?: _____

Nombre las ciudades o qué tan lejos está dispuesto a viajar para recibir tratamiento dental: _____

¿Le sangran las encías durante el uso del hilo dental?

Si No

¿Sientes dolor en cierto diente?

Si No

¿Sus cosas de dolores de cabeza frecuentes?

Si No

¿Alguna vez ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? Si No

¿Le duelen los dientes al beber bebidas frías o calientes? Si No

Describa brevemente sus problemas dentales:

REFERENCIA DE ESCUELA O CENTRO COMUNITARIO (Organizacion)

Nombre de la escuela o comunidad: _____

Nombre del enfermero: _____ Name del director: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Fax: (____) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR

Número de personas en tu casa: _____

Nombre de cada persona en el hogar: Edad: Relación contigo: Ingreso mensual:

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR:

¿Eres apto para trabajar? Yes: No:

Si, no, explique el por qué: _____

Si está empleado, nombre el lugar de empleo: _____

Su ingreso laboral mensual: \$ _____

¿Si su cónyuge/pareja significativa esta empleado? Si No

Si, no, explique el por qué: _____

Si están empleados, nombre el lugar de empleo: _____

Ingresos mensuales de su cónyuge/pareja: \$ _____

ASISTENCIA FINANCIERA:

Cantidad Mensual

Año en que comenzó el beneficio

Pagos de SSI o SSDI
(Proporcione una copia de la Carta de adjudicación): \$ _____

Seguridad social (jubilación): \$ _____

Desempleo / Compensación de Trabajadores: \$ _____

Asistente temporal para familias necesitadas (TANF): \$ _____

Otra asistencia pública: _____ \$ _____

¿Recibe cupones de alimentos? Si: No: Cantidad mensual: \$ _____

¿Recibe beneficios de Medicaid? Si: No:

¿Tiene beneficios de Medicare? Si: No:

¿Tiene un plan Medicare Advantage? Si: No:

¿Tiene seguro dental? Si: No (Si, si, proporcione una copia del seguro dental)

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Declaración de necesidad: (dificultades financieras / salud, etc.):

(FOR OFFICE USE ONLY)

INCOME TABLE (BELOW):

As of March 6, 2017

Household Size	Extremely Low Income (30%)	Very Low Income (50%)	Low Income (80%)
1 Person	\$11,000	\$18,350	\$29,350
2 Persons	\$12,600	\$21,000	\$33,550
3 Persons	\$14,150	\$23,600	\$37,750
4 Persons	\$15,700	\$26,200	\$41,900
5 Persons	\$17,000	\$28,300	\$45,300
6 Persons	\$18,250	\$30,400	\$48,650
7 Persons	\$19,500	\$32,500	\$52,000
8 Persons	\$20,750	\$34,600	\$55,350

APPROVAL: Yes No BY: _____ DATE: _____

ACUERDO

Por favor lea las siguientes declaraciones

Si comprende y acepta las condiciones, firme y feche el siguiente formulario

Acuerdo: Divulgación de información

- a) Entiendo que necesitaré proporcionar información personal que incluya pero no se limite a condiciones médicas, dentales y financieras. Autorizo al Programa de vales de caridad de Dentists Who Care SMILE Voucher Program para obtener información y compartir información con mi médico (s), dentista (s), contactar a las personas que mencioné y / o agencias gubernamentales o privadas para determinar mi elegibilidad en el programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program".
- b) Entiendo que si mi discapacidad está relacionada con el SIDA o el VIH, autorizo al programa de vales de caridad dental y a los dentistas que compartan información sobre mi atención médica relacionada con el SIDA o el VIH a los dentistas voluntarios en el programa de vales de caridad dental.
- c) También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona que hará la divulgación de información ya se haya actuado. Además, este consentimiento caducará cuando finalice mi tratamiento a través del programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care".

Elegibilidad y comprensión del tratamiento

- a) Me doy cuenta de que mi solicitud al programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program" no garantiza que me refieran para un examen o que se me aceptarán como paciente después de un examen. Entiendo que "Dentists Who Care Smile Voucher Program", quien coordina el programa de vales de caridad dental, determinará si soy elegible para el programa y, de ser así, tratará de referirme a un dentista voluntario participante. Además, entiendo que el dentista, no la organización, es el único responsable del diagnóstico y de cualquier posible tratamiento que pueda recibir para mis necesidades dentales..
- b) Entiendo que el dentista(s) se ha ofrecido como voluntario para tratar mi problema dental existente únicamente y no está obligado a proporcionar atención donada en el futuro ni a mantenerme como paciente.
- c) Entiendo que un dentista voluntario en el programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program" puede dejar de prestar servicios en cualquier momento si se me proporciona un aviso razonable. Entiendo eso, después de recibir tal aviso. Soy responsable de obtener los servicios de un dentista alternativo. También entiendo que el programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program" no tenía la responsabilidad de ayudar a obtener el servicio de un dentista alternativo.

Mis Responsabilidades

- a) Estoy de acuerdo en encontrar y obtener transporte confiable hacia y desde todas las citas con el dentista. Además, aceptó llegar a tiempo a todas mis citas y haré todo lo posible para llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita.
- b) Estoy de acuerdo en mantener todas las citas a menos que tenga una emergencia grave y la reprogramación sea inevitable. Si tengo una emergencia y no puedo asistir a una cita, seguiré la política del dentista con respecto a la cancelación y llamaré al consultorio del dentista para cancelar mi cita con al menos 24-48 horas de anticipación. Entiendo que si pierdo una cita sin llamar con anticipación o reprogramar o cancelar más de una cita, podría ser dado de baja del programa dental de caridad dentales de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program".
- c) No le pediré al dentista voluntario del programa de caridades dentales de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program" un medicamento para el dolor y entiendo que el dentista solo me proporcionará o recetará el medicamento cuando sea absolutamente necesario y a discreción del dentista.

Hasta donde sé, la información proporcionada en esta solicitud es una divulgación completa y precisa de mi estado físico, médico y financiero actual y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos anteriormente:

Firma del cliente o tutor del cliente (si corresponde): _____

Nombre en letra de molde del cliente: _____ Fecha: _____

Este formulario debe estar firmado y fechado antes de ser aceptado en el Programa de vales de caridad de Dentists Who Care



Formulario de consentimiento de foto e información (opcional)

Autorizo a "Dentists Who Care, Inc." a usar mi nombre, información, declaraciones o fotografías para fines de relaciones públicas, y a atribuirse mis declaraciones como una expresión de mi experiencia personal. Entiendo que esta información se puede usar en revistas dentales, sitios web, artículos de medios, anuncios u otros materiales de mercadotecnia que promueven los programas de la organización y alientan la participación de profesionales y financiadores dentales, también estoy de acuerdo en que no se necesita material enviado a mí para cualquier aprobación adicional, y le doy a la organización el derechos de autor de dicho material si es necesario. Entiendo que si no otorgó este permiso, esto no afectará mi elegibilidad para recibir servicios a través del programa de vales de caridad dental de "Dentists Who Care SMILE Voucher Program".

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del cliente: _____ Fecha: _____