



En respuesta a su investigación reciente sobre la disponibilidad del cuidado dental gratuito o a bajo costo, estamos satisfechos proveer la información siguiente sobre el programa dental donado de los servicios (DDS).

#### Elegibilidad

Los dentistas a través del estado se ofrecieron voluntariamente a restaurar a los individuos mayores de la buena salud oral que carecen recursos adecuados para pagar cuidado dental necesario.

#### Costo

No hay generalmente costo a los individuos calificativos; sin embargo, es recomendable a la gente en una posición mas estable pagar parte de su cuidado, especialmente cuando el trabajo del laboratorio está implicado.

#### Procedimientos del uso

- Paso uno: Llene, firme, y mande la aplicacion lo más antes posible.
- Paso dos: Cuando su aplicación sea revisada, un coordinador de la remisión llamará para obtener la información adicional (notificarán los que no califican).
- Paso tres: El coordinador de la remisión compartirá la información sobre una persona aceptado tentativo con un dentista voluntario.
- Paso cuatro: Le notificarán del nombre del dentista y del número de teléfono, y usted será responsable de programar una cita para una examinación. Aceptación final en el programa será hecho solamente después de la examinación clínica cuando se establecen las necesidades específicas del tratamiento.

Si usted tiene ventajas médicas como Medi-Cal, o puede ser elegible, usted debe entrar en contacto con un dentista cercano a usted, que acepte ese seguro. Usted puede entrar en contacto con Medi-Cal para determinar elegibilidad y para localizar a un dentista en su area al: 800.322.6384.

**Sobre recibo, su uso será registrado y archivado. Sea por favor paciente, debido a las limitaciones del programa, nosotros no podemos procesar cada aplicación tan pronto se reciba. El coordinador de la remisión se comunicara en cuanto haya revisado su aplicación.**

Sentimos mucho que usted este experimentando un problema dental, y esperamos que el programa dental donado de los servicios (DDS) pueda ser una fuente de una cierta ayuda.

Sinceramente,

Tahira Bazile  
Administrador del programa del DDS

**USO PARA EL PROGRAMA DENTAL DONADO DE LOS SERVICIOS (DDS)**

Servicios dentales donados  
Attn: Tahira Bazile  
P.O. Caja 13749  
Sacramento, California 95853-4749  
(800) 232-7645

**APLICANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ : Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero/a \_\_\_\_\_ casado/a \_\_\_\_\_ divorciado \_\_\_\_\_ viudo/a \_\_\_\_\_

¿Cómo usted se entero de el programa DDS? \_\_\_\_\_

Persona de contacto (pariente, amigo, etc.):

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación a usted: \_\_\_\_\_

Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_

Nombre de cada persona	Edad	Relación a usted
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Inhabilidades o problemas de salud importantes (explique en tanto detalle como sea posible):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Usted requiere el acceso del sillón de ruedas?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA  
INGRESO MENSUAL:**

¿Es usted capaz de trabajar?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no, explica por favor:

¿Esta usted empleado?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Su salario mensual: \$ \_\_\_\_\_

¿Esta su esposa/sa empleado?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Salario mensual: \$ \_\_\_\_\_

Si su esposo/a esta desempleado/a, por qué?

**AYUDA PÚBLICA:**

Programa \_\_\_\_\_ Cantidad mensual \_\_\_\_\_ ¿Por cuanto tiempo ha recibido beneficios ? \_\_\_\_\_

SSI: \_\_\_\_\_

Inhabilidad de Seguro Social: (Disability) \_\_\_\_\_

**Cal Works**

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

INGRESO TOTAL DE CASA MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

Valor total de ahorros: \_\_\_\_\_

Valor total de inversiones: \_\_\_\_\_

Tipo de inversiones: \_\_\_\_\_

Estampillas de alimento: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**COSTOS MENSUALES:**

Alojamiento: \$ \_\_\_\_\_ Teléfono: \$ \_\_\_\_\_ Alimentos (no incluyendo estampillas de alimentos):

\$ \_\_\_\_\_

Gas/electricidad: \$ \_\_\_\_\_ : Agua /alcantarilla \$ \_\_\_\_\_ : Pago del coche: \$ \_\_\_\_\_

Seguro de coche: \$ \_\_\_\_\_ : Costo del gas/del coche \$ \_\_\_\_\_ : \$ \_\_\_\_\_ Seguro médico:

\$ \_\_\_\_\_

Seguro de la vida/del entierro: \$ \_\_\_\_\_ Medicaciones: \$ \_\_\_\_\_ Costos médicos: \$ \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

COSTO TOTAL DE HOGAR MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

**NECESIDADES DENTALES**

Describe brevemente sus necesidades dentales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de su dentista pasado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita dental pasada: \_\_\_\_\_

¿Cómo será usted trasladado/da a las citas dentales?: \_\_\_\_\_

Favor de listar otras ciudades que puede ser atendido: \_\_\_\_\_

Usted recibe las ventajas de Medicaid: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medicaid# \_\_\_\_\_

Usted tiene seguro dental: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Es, cualquier miembro de la familia capaz de contribuir a los costos de su tratamiento dental: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si sí, explique por favor:

Habra otra fuente disponible para ayudar a pagar el cuidado dental (es decir, iglesias, organizaciones de servicios, otras agencias, etc.): Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si sí, explique por favor:

Usted posee un coche: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Haga, modelo y año del coche: \_\_\_\_\_

### REFERENCIA DE LA AGENCIA

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_:

Nombre del trabajador del caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Utilice este espacio para elaborar en cualquier información explicada no suficientemente en otras áreas:

**Favor de leer las declaraciones siguientes. Si usted entiende y está de acuerdo con las condiciones, firme y ponga la fecha en la aplicación en la siguiente página.**

Entiendo que necesitare proveer la información personal que incluye pero no se limita a la condición médica, dental, y financiera.

Doy mi consentimiento para que el coordinador de la remisión obtenga la información, relevante a mi elegibilidad para el programa del DDS, de mi médico, dentista, los individuos que conocen mi/o gobierno o las agencias privadas.

Doy mi permiso para el coordinador de la remisión a la información pertinente de la parte, sobre mi elegibilidad, con unos o más dentistas voluntarios en el programa del DDS. Si mi inhabilidad es SIDA o VIH relacionado, doy la fundación de la odontología para que el permiso de los inhabilitados (FDH ) lance la información sobre mi condición médica y sostenga FDH inofensivo por hecerlo.

Realizo que en hacerlo el uso al programa del DDS no asegúra mi referido a una examinación o ser un paciente después de una examinación.

Entiendo que la fundación de la odontología para los inhabilitados, que coordina el programa del DDS, se determinará si soy elegible para el programa y, si es así intentará referirme a un dentista voluntario que participa. Entiendo más lejos que el dentista, no la fundación, es solamente responsable de el diagnostico y de cualquier tratamiento posible que puede ser que reciba para mis necesidades dentales.

Entiendo que los dentistas se ofrecieron voluntariamente a tratar mi condición dental existente solamente, y no están obligados para proveer cuidado donado en el futuro o para mantenerme como paciente.

Entiendo la importancia de guardar todas las citas previstos. La falta de hacerlo, sin por lo menos 24 horas de avisos, puede descalificarme en obtener el tratamiento adicional con el programa.

**Al mejor de mi conocimiento, la información proporcionada en esta forma es un acceso completo y exacto de mi estado físico, mental, y financiero actual.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del guardian del cliente (si es necesario): \_\_\_\_\_ Fech \_\_\_\_\_

Firma de la referencia de persona (si es aplicable): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Forma opcional de la foto y del consentimiento de la información**

“Doy el permiso a la fundación de la odontología para los inhabilitados y la asociación dental de California (CDA) de utilizar mi nombre, información, declaraciones, o fotografía para los propósitos de las relaciones públicas, y de atribuir mis declaraciones a mí como expresión de mi experiencia personal. Entiendo que esta información se puede utilizar en los diarios dentales, los Web site, los artículos de los medios, los anuncios u otros materiales de la comercialización que promueven los programas de ambos la fundación y CDA y animan a profesionales y a proveedores de fondos dentales de la forma de la implicación. También estoy en acuerdo que ningún material necesita ser sometido a mí para cualquier aprobación, y concedo que ambos la fundación y CDA el derecho de copyright tal material si es necesario. **Entiendo que si no concedo este permiso, no afectará mi elegibilidad para recibir servicios con los servicios dentales donados (los DDS).”**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del guardian del cliente (si es necesario): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_