

Devolver a:
KIDS IN NEED OF DENTISTRY
2465 SOUTH DOWNING ST SUITE 210
DENVER, CO 80210
TEL 303-733-3710 EXT 115
FAX 303-722-7710



_____ Approved
 _____ Denied
 _____ Percent
 _____ MED/CHP+
 _____ INITIALS
 DATE _____

Por favor **IMPRIMA y completamente llene** este formulario o se le devolverá

Aplicación Para Kids in Need of Dentistry

Correo electrónico:

Cabeza de Familia/Nombre de Padre		Nombre de Madre o ortor:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:
# Total de miembros en la familia:	# Total de miembro que viven en el hogar:	# Total mayores de 18 años:	

Su hijo(a) ha sido paciente en la clínica de Kids In Need Of Dentistry (KIND) Sí No

Alguno de los niño actualmente tiene seguro privado? Sí No Si es así por favor escriba el nombre del seguro. _____

Niños Aplicando para el Programa de Kids in Need of Dentistry

Nombre del Niño(a) (Menores de 18 años solamente)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Seleccione uno de los siguientes y proporcione identificación si aplica
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> No Tiene Seguro ID#

Si su hijo tiene Medicaid, CHP+ medical, CHP+ DENTAL, WIC, usted debe enviar la documentación siguiente:

- Copia de la tarjeta de Medicaid o CHP+ Dental Programa
- Copia de la tarjeta y/o carta de WIC
- Copia de la carta de la Sección 8: Beneficios de alojamiento

Si su hijo no cuenta con la dicha de asistencia usted deberá proporcionar **CONSTANCIA DE INGRESOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE TIENEN UN EMPLEO Y VIVEN EN SU HOGAR, ENVIANDO UNA COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

- Copia de la declaración de impuestos sobre ingresos más reciente.
- Copia de talones de cheques, salarios recientes de dos meses consecutivos de cada una de las personas en su hogar que tienen un empleo, o una carta del patrón declarando la cantidad de ingreso bruto mensual.
- Documentación de beneficios de desempleo en caso de estar desempleado en el momento de llenar la solicitud

Se requiere también que devuelva esta solicitud con la **CONSTANCIA DE INGRESOS ADICIONALES** si usted recibe lo siguiente:

- Cualquier fuente de ingresos adicionales no mencionada anteriormente
- Manutención de menores
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios de discapacidad

La información que he provisto es verídica y correcta. Entiendo que la retención o la falsificación de cualquier información en este formulario o en los documentos de apoyo pueden resultar en que se rechace la cobertura a los miembros de las familias que participan en los programas dentales Kids in Need of Dentistry.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____