

**Para calificar, su niño(a)
(hasta la edad de 18 años)
debe:**

- Residir en el Condado de Hunterdon
- Satisfacer los requisitos de bajo ingreso

Este programa nó es para personas que tienen seguro de cualquier tipo que les cubra servicios dentales, ni para personas cubiertas por "Medicaid" o "NJ Family Care"

Todos los servicios son confidenciales.

El cuidado dental es proveído por dentistas del Condado de Hunterdon

La misión del Programa Dental de el Condado de Hunterdon es coordinar servicios dentales con cariño y prontitud para niños que califican y necesitan estos servicios

Servicios que se pueden obtener:

- Examinación y limpieza de dientes
- Aplicación de fluoruro
- Rayos X diagnósticos
- Empastaduras
- Sello protectorio
- Extracción de dientes
- Canal para remover la raiz de los dientes
- En algunos casos Ortodoncia

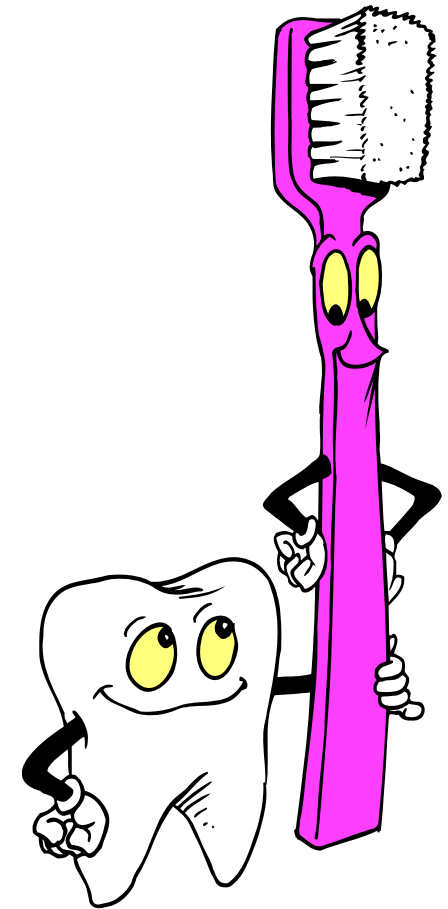


El Programa de Salud Dental de el Condado de Hunterdon es administrado por el Programa de Salud y Enfermería Pública división de el Departamento de Salud de el Condado de Hunterdon.

Los fondos para esos servicios provienen de la Junta de "Freeholders" de el Condado de Hunterdon.

Soporte adicional es provisto por una generosa concesión de fondos proveida por el "Delta Dental Plan of New Jersey Foundation, Inc."

Programa Dental de el Condado de Hunterdon



2009

¿Le importa el cuidado dental de su hijo?



El Condado de Hunterdon ofrece un Programa de Salud Dental que les asegura a niños abajo la edad de **18 años** de recibir cuidado preventivo dental básico

Este programa es **GRATIS** para aquellos que son elegibles.

Para hablar con una persona en español, llame a Jackelyn Guevara
(908) 806-4083

*Vea los requisitos para participar

*Si califica y está interesado, llene la solicitud y incluya verificación de ingresos.

Envíesela a la enfermera escolar o envíelo por correo a

**Hunterdon County Dental Program
PO Box 2900,
Flemington, NJ 08822**

****Si es aprobado una tarjeta de identificación será enviada, por favor recuerde de mostrarla a cada cita dental.**

SOLICITUD PARA SERVICIOS DENTALES

Programa Dental de el Condado de Hunterdon, PO Box 2900, Flemington, NJ 08822

Padres: Por favor complete, firme, y regrese esta aplicación a la enfermera de la escuela de sus niños o envíela a la dirección que se le indica arriba. La siguiente información se mantendrá confidencial y se usará únicamente para determinar su elegibilidad.

Yo también deseo aplicar para el programa de vacunación para mis niños (Por favor haga un círculo) **SÍ** **NO**

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

Nombre del Padre/Guardián _____ Apellido de los niños _____

Dirección _____ Teléfono _____

Dirección de su trabajo _____ Teléfono _____

Dirección del trabajo de su esposo (a) _____ Teléfono _____

<u>Nombres de sus niños que están en escuela:</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Grado</u>	<u>Escuela</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Número total de los miembros de su familia que usted mantenga financieramente: _____

Ingreso total (antes de las deducciones) - Incluya *todas* las fuentes de ingreso, salario, beneficios de desempleo, seguro social, pensión alimenticia, mantenimiento de sus hijos, renta, etc. \$ _____
Circule una: Semanal Quincenal Mensual Anual

****Por favor incluya con esta aplicación, verificación de ingresos de 1-3 meses (talones de salario, pagos de impuestos)**

****Falta de prueba de ingresos, aplicación incompleta, y citas perdidas; resulta en no ser considerado para el programa o descalificado del programa Dental.**

Están sus niños cubiertos por algún seguro DENTAL: (Por favor haga un círculo) **SÍ **NO**

Están sus niños cubiertos por los beneficios de Welfare o Medicaid? (Por favor haga un círculo) **SÍ **NO**

Sus niños pudieran ser elegidos para la Programa Dental si usted llena los requisitos de ingreso indicados aquí:

<u>Tamaño de la Familia</u>	<u>Máximo Ingreso Anual</u>	<u>Tamaño de la Familia</u>	<u>Máximo Ingreso Anual</u>
2	\$43,710	5	\$77,370
3	\$54,930	6	\$88,590
4	\$66,150		

Le doy permiso al Departamento de Salud Pública de el Condado de Hunterdon, Programa Dental, para obtener y compartir información respecto a la salud dental de mis niños con la enfermera de la escuela, proveedores de cuidado dental, y especialistas dentales a quién mis niños sean referidos.

He recibido copia de la Nota de Aviso de Practicas de Privacidad/HIPAA.

Yo comprendo que la información que estoy proporcionando esta sujeta a ser verificada y yo certifico que la información proporcionada acerca del tamaño de mi familia y mis ingresos es correcta.

Firma del Padre o Guardián _____ Fecha _____

Firma del Coordinador Dental _____ Fecha _____