



WWW.TWENTYTEETH.ORG

Escala de Tarifas Ajustables

Información Personal			Fecha: / /	
Primer Nombre:	Segundo:	Apellido:	Otros Nombres:	
Dirección de Casa:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de envió:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:		Teléfono de Móvil:		
Fecha de Nacimiento:		Seguro Social:	¿Tiene Seguro? (elige uno) Si No	
Estado Civil:	Soltero(a) en una relación Casado(a) divorciado(a) separado(a) viudo(a)			

Tamaño del Hogar		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro Social

Aviso: Para cumplir con las regulaciones federales y poder proveer un descuento en nuestros servicios dentales, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivados y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos cada año. Se requiere comprobante de ingresos. Su declaración anual de impuestos, una copia de su formulario W-2, talones de cheques del mes pasado, copias de sus cheques del seguro social y otros cheques que pueda recibir serán pruebas suficientes. Su ingreso anual y el tamaño de su familia se usarían para calcular su descuento.

Ingreso Familiar					
Nombre	Cantidad	Frecuencia (elige uno)		Empleador	
Usted	\$				
Esposo(a)	\$				
Hijos	\$				
Otros	\$				
TOTAL	\$				
Otros Ingresos	Usted	Esposo(a)	Otro	Hijos	Total
Seguro Social					
Asistencia Publica					
Pensión de Retiro					
Estampillas de Comida					
Manutención de los Hijos, Pensión Alimenticia					
Ingresos por intereses					
Otro					

Escala de tarifas Ajustables
 A – 80% de descuento
 B – 60% de descuento
 C – 40% de descuento
 D – 20% de descuento
 E – 0% de descuento

Por medio de la presente, juro y afirmo que la información en esta aplicación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa o falsa, y/o omisiones pueden descalificarme de futuras consideraciones para el programa con las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Servicios de Salud Dental Infantil si hay cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifas ajustables en esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de los Servicios de Salud Dental Infantil. Por la presente reconozco que leo y renuncio a la di vagación y la entiendo.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre (Imprimir): _____