

FUNDACIÓN DEL CUIDADO DENTAL DEL CONDADO DE MARIN
FORMULARIO DENTAL DE LA REFERENCIA

NOMBRE _____ ESCUELA _____ GRADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ VARÓN () HEMBRA () EDAD _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

P/MADRE/TUTOR: _____

PATRÓN del PADRE: _____ Renta Mensual Gruesa \$ _____

PATRÓN de la MADRE: _____ Renta Mensual Gruesa \$ _____

Teléfono del Trabajo # _____ / _____ Número total en familia _____

Padre	Madre
-------	-------

Es el niño cubierto por:	Seguros Dental	Sí ()	No ()
	Seguros Médico	Si ()	No ()
	Otra ayuda financiera	Si ()	No ()

¿Usted tiene un dentista de familia? Si sí, dé el nombre del dentista _____

¿Si es el dentista de la familia inasequible, usted aceptaría a dentista asignado por la Fundación del Cuidado Dental? Sí () No ()

Declaración general en cuanto a actual necesidad de la familia (circunstancias inusuales, responsabilidades)

Yo/ Nosotros hemos leído la declaración de la información general proporcionado y pedimos ayuda de la Fundación del Cuidado Dental del Condado de Marin. Yo/Nosotros acordamos en cooperar con la Fundación del Cuidado Dental del Condado de Marin guardando todas las citas dentales y haciendo cualesquieres co-pagos según lo convenido. También damos el permiso para la Fundación del Cuidado Dental hacer contacto con mi/nuestros patron(es) para la verificación de ingresos/empleo.

Padre /Guardian	Fecha
-----------------	-------

(Este espacio solo para la fundación y/o los haciendo la referencia - **For foundation and/or referral source only**)

Name _____ Phone _____

Nurse () Dentist () Physician ()

Amount of aid requested \$ _____ Co-payment \$ _____ Percentage _____

Disposition: Granted () Refused () Reason _____

Commenced _____ Completed _____ Total Value _____ Total Amount _____