

DIVISIÓN DE SALUD DEL CONDADO DE OAKLAND
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DENTAL
1200 N. Telegraph Road, Bldg. 34 East
Pontiac MI 48341
(248) 858-1306
(888) 350-0900 ex 81306 Línea gratuita

LEA ATENTAMENTE:

El Programa Dental del Condado de Oakland está disponible para adultos y menores que residen en el Condado de Oakland y no tienen seguro dental.

Los veteranos militares con una tarjeta de identificación de veterano válida, una prueba de residencia en el Condado de Oakland y sin seguro dental actual califican para el Programa Dental.

Para todas las demás personas, la elegibilidad se basa en los ingresos totales del hogar y el número de miembros de la familia. Los solicitantes sin ingresos tendrán que presentar junto con esta solicitud una prueba de que Medicaid fue denegado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Se le notificará por correo su elegibilidad y los siguientes pasos para la inscripción.

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

NOMBRE: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

RESIDENCIA: _____
(Nro. y calle) (Ciudad) (Código postal)

TELÉFONO: _____
(Hogar) (Celular) (Otro)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Género: Femenino Masculino Transgénero

Raza: (con la que más se identifique)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o africano americano
- Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
- Blanco o caucásico
- Otra

Etnia 1:

- Hispano o latino
- No hispano o latino

Etnia 2:

- Descendencia árabe
- Descendencia no árabe

VER REVERSO

La División de Salud del Condado de Oakland no negará la participación en sus programas por motivos de raza, sexo, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Se aplican requisitos de elegibilidad estatales y federales a ciertos programas.

ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN CON USTED (de ser necesario, adjunte una hoja adicional)

APELLIDO	NOMBRE	VÍNCULO	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	¿SEGURO DENTAL? SÍ/NO	INGRESO MENSUAL
		SOLICITANTE			

- Los **veteranos militares** deben adjuntar una copia de su tarjeta de identificación de veterano y una prueba de residencia en el Condado de Oakland (licencia de conducir, documento de identidad con fotografía del estado de Michigan, factura de servicios públicos con su nombre y dirección, etc.)

Los **solicitantes que no son veteranos** deben adjuntar lo siguiente:

1. Copia del Formulario 1040 de Impuestos Federales más reciente (solo páginas 1 y 2)
 - Estaba exento de presentar la Declaración de Impuestos Federales
2. Prueba de los ingresos totales del último mes de todos los miembros de la familia, por ejemplo:
 - Nóminas laborales
 - Declaraciones de desempleo
 - Prestaciones de seguridad social o SSI
 - Otros ingresos de jubilación (pensiones, cuentas individuales, rentas vitalicias)
3. Prueba de residencia en el condado de Oakland (licencia de conducir, documento de identidad con fotografía de Michigan, factura de servicios públicos con su nombre y dirección, etc.)
4. Si tiene un plan Medicare Advantage con cobertura dental, incluya una copia de la declaración de prestaciones dentales.

La División de Salud del Condado de Oakland no negará la participación en sus programas por motivos de raza, sexo, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Se aplican requisitos de elegibilidad estatales y federales a ciertos programas.

Si no es veterano militar y no tiene ingresos, incluya una carta de determinación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan en la que se indiquen los beneficios aprobados o denegados.

Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle más aclaraciones o información adicional.

Al firmar a continuación, da fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

Firma del solicitante _____ Fecha: _____

La División de Salud del Condado de Oakland no negará la participación en sus programas por motivos de raza, sexo, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Se aplican requisitos de elegibilidad estatales y federales a ciertos programas.