

Regrésese a:

Ms. Gayle Gilbaugh
Center for Disabilities and Development
100 Hawkins Drive
Iowa City, IA 52242-1011
(319) 356-1513

**DENTAL CARE FOR PERSONS WITH DISABILITIES
(CUIDADO DENTAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES)**

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

He sido informado(a), entiendo, y acepto recibir los servicios dentales ofrecidos a mi niño(a): _____, con fecha de nacimiento el _____ por medio del “*Dental Care for Persons with Disabilities Program* (Programa de Cuidado Dental para Personas con Discapacidades).” Entiendo mis responsabilidades como cliente y estoy de acuerdo con asumir estas responsabilidades en este programa.

Entiendo que el Director del Proyecto, el Coordinador del Proyecto, o la persona que ellos designen del *Iowa Department of Public Health* (Departamento de la Salud Pública de Iowa) tendrá acceso a toda la información disponible en los archivos mantenidos por esta agencia.

Entiendo que una declaración voluntaria de ingresos y del número de personas en mi familia son necesarias para asegurar que los fondos Estatales y Federales sean dirigidos a aquellas personas menos capaces de obtener servicios de otras fuentes de recursos.

El ingreso bruto **mensual** de mi familia es \$ _____. El número de personas en mi familia es: ____

¿El solicitante recibe *Medicaid (Title XIX)* o *SSI*? Sí _____ No _____

¿El solicitante tiene seguro dental? Sí _____ No _____

¿El solicitante participa en el Programa *Headstart*? Sí _____ No _____

¿Cuántos meses, de los pasados 12 meses, ha estado empleada la persona que primordialmente obtiene los ingresos de la familia? _____

¿En los pasados 12 meses su familia ha pasado por periodos difíciles, como por ejemplo: altos costos médicos, desastres, o la pérdida de empleo, que hayan reducido seriamente sus ingresos? Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, explique en el reverso de esta forma.

Mi niño(a) tiene la siguiente discapacidad o condición(es) discapacitante(s): _____

El último dentista que mi niño(a) vio fue: Nombre _____ Ciudad _____

Fecha del tratamiento: _____ Tratamiento hecho: _____

Nombre del Padre/Tutor (Por favor escriba a máquina o con letra de molde)

Firma del padre (tutor o solicitante)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Condado _____

¿Quién lo remitió a este programa?

Nombre _____ Posición/Agencia _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

For Office Use (Para Uso de la Oficina)

TQ _____ D _____ Renewal _____

Ames _____ Pella _____

Bellevue _____ Waterloo _____

Carroll _____ Mason City _____

C Bluffs _____ Monona _____

Creston _____ Sioux Center _____

Iowa City _____ Sioux City _____

Laurens _____ Waukon _____

Maquoketa _____