



**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PINELLAS
CLINICA DENTAL ELIGIBILIDAD FINANCIERA**

Nombre _____	Fecha _____
Fecha de Nacimiento _____	S.S.# _____ Idioma Hablado _____
Dirección _____	Ciudad _____ Código Postal _____
Telefono() _____	Celular () _____ Escuela Atendida _____

PORFAVOR ANOTE LOS OTROS MIEMBROS DE SU HOGAR

Nombre	Fecha de Nacimiento	SS#	Relación
Cónyuge /Compañero			
Hijo:			
Hijo:			
Hijo:			
Hijo:			

Si el cliente es recipiente de Medicaid, NO NECESITA completar el resto de esta forma.

INFORMACIÓN FINANCIERA

SU INFORMACIÓN:

Lugar de empleo: _____
 Ingreso Bruto:\$ _____ (sem)(bs)(m)(a)
 Pensión Alimenticia: \$ _____
 Compensación de desempleo \$: _____
 AFDC: \$ _____ Cupones de alimento: S /N
 Manutención del menor: \$ _____

Cónyuge/Padre o Madre de sus hijos que vive en su hogar:

Lugar de empleo: _____
 Ingreso Bruto:\$ _____ (sem)(bs)(m)(a)
 Pensión Alimenticia: \$ _____
 Compensación de desempleo \$: _____
 AFDC:\$ _____ Cupones de alimento: S /N
 Manutención del menor: \$ _____

Yo comprendo que si proveo información incompleta o incorrecta, o si altero las formas, mis beneficios serán terminados y puedo ser sujeto a investigación criminal y podría ser procesado

¿En caso de emergencia, a quién podemos contactar aparte de la madre o el padre?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha _____
 (Representante)

Firma: _____ Fecha _____
 (Firma del padre/guardián legal)