



Assistance League® of Salt Lake City • P.O. Box 9353, Salt Lake City, UT 84109 • Fax 801-484-0987

SOLICITUD DE CONTRIBUION PARA TRATAMIENTO DENTAL

Assistance League of Salt Lake City is a 501 (c)(3) nonprofit, philanthropic organization contributing to children's dental health through its Operation Healthy Teeth Program. Qualified schools, agencies or authorized dental professionals may make a request for contribution. Acceptance is limited. Eligibility Requirements: Children pre-K through 12th grade. Child **must not be enrolled in a private or public dental plan or other charitable dental program.**

ENVIAR PRO FAX LA SOLICITUD COMPLETA A LA LIGA DE ASISTENCIA DE SALT LAKE CITY (801) 484-0987

PARA SER COMPLETADO POR EL ASESOR DE ESCUELA

Nombre: _____ Titulo: _____ Fecha _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Escuela: _____

Nombre del Niño(a) _____ Edad: _____ Niño/Nina: _____

PADRE/TUTOR: Nombre: _____

Relación con el niño/a: _____ Dirección del niño/a y código postal: _____

El niño/a ha sido visto por Sealants for Smiles? _____

Esta el niño/a cubierto por un Seguro dental privado? _____

Esta el niño/a inscrito en el programa para Salud de Niños (CHIP)? _____

Esta el niño/a inscrito en otro programa de caridad para cuidado dental? (p.e., Regence Caring Foundation, Head Start) _____

Esta el niño/a inscrito en Medicaid? _____

Por favor describa brevemente la condición del niño/a _____

Ha perdido días de escuela debido a esta condición? _____

El niño/a o tutor requiere de interprete? _____ Idioma: _____

Estamos entregando copia al padre/tutor de esta solicitud completa. _____

PARA SER LLENADO O COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PADRE O TUTOR DEL NINO

Mediante la presente solicito contribución financiera de la Liga de Asistencia de Salt Lake City para pagar al dentista seleccionado para el tratamiento de mi nino/a. En caso de aceptar:

- Yo entiendo que la aceptación de este programa es limitado y los gastos están sujetos a la disponibilidad de los fondos.
- Yo entiendo que esta solicitud es solamente para el nino/a mencionado arriba.
- Yo entiendo que yo tengo que seleccionar dos (2) dentistas de la lista proporcionada.
- Yo entiendo que la contribución financiera donada en favor de mi nino/a esta provista por la Liga de Asistencia y pagada directamente al dentista.
- Yo entiendo que el dentista que trata mi nino/a tambien hace una contribución financiera en favor de mi nino/a.
- Yo entiendo que el dentista tiene la discreción de aceptar o no aceptar un nuevo paciente

Yo, el Padre/tutor, selecciono (por favor escribir) 1. Dr _____ y 2. Dr _____ de la lista proporcionada.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____