

“Young Tahoe Smiles”

Elegibilidad

“Young Tahoe Smiles” cubre básico tratamiento dental para niños que califican para el programa. El tratamiento dental consiste de servicios; diagnósticos, preventivos y restaurativo.

“YTS” hará la determinación de que tratamiento específico se le hará para cada niño y lo máximo que se le rendiría a cada caso individual. Los fondos del programa son limitados y los servicios serán rendidos a niños que califican mientras el programa tiene fondos para proveer los servicios.

El gol del programa es restaurar la salud oral de los niños a un estado estable, sin infección, sin dolor y funcional.

“Young Tahoe Smiles” esta localizado y se ofrece por la oficina de High Sierra Dental Care 1060 Ski Run Blvd, South Lake Tahoe, CA, 96150. (530) 541-7040

Proceso de Elegibilidad:

Para determinar la elegibilidad y calificar para el programa de “Young Tahoe Smiles” por favor complete la información en la parte de atrás de esta pagina.

En adición, es requisito proveer copias de talones de sueldo, forma W2, o documentos de los impuestos del año pasado, copias de los gastos de casa, utilidades, y cualquier otra información que sea importante y quiera que tomemos en consideración.

Criterio de Elegibilidad:

1. Criterio Financiero: Los niños deben de tener entre 6 y 16 años. Los niños no pueden tener aseguranza dental para cubrir los servicios necesarios. La familia inmediata debe de calificar conforme a las guías federales de pobreza.
2. Los niños no pueden calificar para otra aseguranza o programa de asistencia durante el periodo de elegibilidad para este programa.
3. Excepciones al programa serán revisados caso por caso. El criterio considerado sera, salario, necesidad de los servicios dentales y las ramificaciones de no proveer los servicios dentales
4. El programa no discrimina por base de sexos, raza o religión.

Obligaciones Parentales:

1. Padres, o apoderados deben de comprometerse a traer al niño a sus citas dentales a tiempo.
2. Faltar a una cita es causa de expulsión inmediata del programa, sin tomar en consideración la excusa por la ausencia.
3. El programa es limitado a citas por la mañana.
4. Los padres o apoderados aceptan pagar \$5.00 a \$10.00 dolares por cita al tiempo que reciban los servicios. El precio es basado conforme a los ingresos de la familia.

Al presentar todos los documentos e información requerida la familia recibirá la respuesta durante un día laboral si califican para el programa.

Nos dará gusto trabajar con ustedes para mejorar la salud oral de los niños.

Mi firma abajo indica mi aceptación a proveer la información y confirma que mi niño no tiene ni califica para otra aseguranza o programa de asistencia dental.

Padres/Apoderado Firma _____ Fecha _____

Numero de Teléfono: casa _____ celular _____