



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

PARA SER COMPLETADO POR EL ASESOR DE ESCUELA

Nombre: _____ Titulo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Escuela: _____

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

PADRE/TUTOR: Nombre: _____

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

El niño has sido visto por Sealants for Smiles? _____

Esta el niño cubierto por un Seguro dental privado? _____

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

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

Esta el Niño inscrito en Medicaid? _____

Por favor describa brevemente la condición del niño _____

Ha perdido días de escuela debido a esta condición? _____

El niño o tutor requiere de interprete? _____

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

Mediante la presente solicito contribución financiera de la Liga de Asistencia de Salt Lake City para agar al dentista seleccionado para el tratamiento de mi hijo. 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 para el Niño arriba mencionado solamente.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad seleccionar el dentista de la lista proporcionada por la Liga de Asistencia de Salt Lake City y hacer la cita para mi hijo.
- Yo entiendo que la contribución financiera en favor de mi hijo esta provista por la Liga de Asistencia de Salt Lake City.
- Yo entiendo que la contribución financiera en favor de mi hijo esta provista por el dentista participante de la Liga de Asistencia de Salt Lake City.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

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

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.