

Smile Pennsylvania...the mobile dentists

Dear Parents or Guardian,

If you need financial assistance so your child can receive a dental screening, cleaning and fluoride, please check the appropriate box and fill out the required information.

School/Center: _____		
Child's Full Name: _____	Date of Birth: _____	Phone #: _____
Parent/Guardian Name: _____		e-mail: _____
Address: _____		
Please check areas that apply to you and fill out the information:		
<input type="checkbox"/>	My child has CHIP. Name: _____	The ID number is: _____
<input type="checkbox"/>	My child has Medicaid. The ID number is: _____	
<input type="checkbox"/>	I don't have Medicaid and wish to apply to <u>Pennsylvania CHIP</u>.	
<i>Pennsylvania CHIP is an affordable insurance program, offered by the State of Pennsylvania for children birth through age 18. To qualify for this free or low cost coverage, a child must be a Pennsylvania resident, under age 19, and live in a family that makes at or below the income in the chart below.</i>		
	<u>Family size</u>	<u>Maximum Annual Household Income</u>
	1	\$31,200
	2	\$42,000
	3	\$52,800
	4	\$63,600
	5	\$74,400
	6	\$85,200
	7	\$96,000
	8	\$106,800

To apply for Pennsylvania CHIP, call toll-free 877-KIDS-NOW and have the following information ready: Child's social security # and head of household's social security #.

You can also enroll your child by visiting www.insurekidsnow.gov and select your state.

<input type="checkbox"/>	I have no dental insurance and do not wish to apply to Pennsylvania CHIP. I need to pay for a subsidized service because I am unable to pay full fee. It will cover dental screening, cleaning and fluoride. Ages 11 or younger: \$48.00 Ages 12 or older: \$54.00 Please make money order or check payable to Smile Pennsylvania and staple to this form.
<input type="checkbox"/>	I have other dental insurance. (Please attach a copy of the front and back of the insurance card to this form and complete the information below). Subscriber's Name: _____ Subscriber's Date of Birth: _____ Social Sec. #: _____ - _____ - _____ Contract #: _____ Insurance Company: _____ Group Number: _____ Insurance Company Phone #: _____ Employer Name: _____ Employer Phone #: _____
<input type="checkbox"/>	I request charity care to cover the cost of a dental screening, cleaning and fluoride for my child. I certify that my monthly household income is below the monthly income limits above, and I am not eligible for Medicaid, CHIP or any other dental assistance programs, and I have included a money order or check for the amount I can afford, if any, for the dental visit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sign Here _____ Date _____ Parent/Guardian

We look forward to seeing your child. Please return to school/center as soon as possible.

Thank you,

Smile Pennsylvania...the mobile dentists

www.mobiledentists.com

Smile Pennsylvania...los dentistas móviles Programa de Prevención Dental - En La Escuela

Querido Padre o Guardián,

Si usted necesita asistencia financiera para que su hijo/a reciba un examen dental, por favor chéque la casilla correspondiente y llene la información requerida.

Escuela: _____		
Nombre completo del hijo/a: _____	Fecha de nacimiento: _____	# de teléfono: _____
Nombre del padre o guardián: _____	e-mail: _____	
Dirección: _____		
Por favor chéque las áreas que le son aplicables y llene la información:		
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene CHIP: Nombre: _____ Los números de identificación son: _____		
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene Medicaid. Los números de identificación son: _____		
<input type="checkbox"/> No tengo Medicaid y quisiera aplicar a <u>Pennsylvania CHIP</u>.		
<i>Pennsylvania CHIP es un programa de aseguranza ofrecido por el estado de Pennsylvania para niños recién nacidos hasta la edad de 18 años. Para calificar para estos servicios su hijo/a necesita ser residente del Estado de Pennsylvania, de menos de 19 años de edad y vivir en un hogar que gane ésta cantidad o menos, indicada en la siguiente tabla de ingresos:</i>		
<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Limite de ingreso anual</u>	
1	\$31,200	
2	\$42,000	
3	\$52,800	
4	\$63,600	
5	\$74,400	
6	\$85,200	
7	\$96,000	
8	\$106,800	

Para aplicar para Pennsylvania CHIP, llame al teléfono 877-KIDS-NOW y tenga esta información a mano: número de seguro social de su hijo/a, número de seguro social del encargado de la familia. Además, puede visitar a www.insurekidsnow.gov para matricular a su hijo/a.

No tengo seguro dental y no quiero aplicar para Pennsylvania CHIP. Necesito para pagar por un servicio subvencionado porque puedo no pagar el coste completo. Cubrirá una limpieza, un examen, y una aplicación de fluoruro. Edades 11 o menores: \$48.00 Edades 12 o mayores: \$54.00
Por favor haga su chéque o su orden de dinero a **Smile Pennsylvania** y engrapelo a esta forma.

Tengo otro tipo de seguro dental. (Por favor ponga una copia de la parte delantera y trasera de su seguro y complete la siguiente información).
Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____
de contrato: _____
Compañía de Seguro: _____ Grupo #: _____
de teléfono de la compañía de seguro: _____
Nombre del empleador: _____ # de teléfono del empleador: _____

Yo requiero ayuda financiera para cubrir el costo del examen dental de mi hijo/a. Certifico que mi ingreso mensual del hogar es igual o inferior a los límites de ingresos mensuales por encima, y no soy elegible para Medicaid, CHIP o cualquier otra los programas de asistencia dental.

X Firme aquí _____ Fecha _____
Padre/Guardián

Esperamos ver a su hijo/a. Por favor devuelva esta forma a la escuela tan pronto como sea posible.

Gracias,

Smile Pennsylvania...los dentistas móviles

www.mobiledentists.com

Elliot P. Schlang, D.D.S., Dental Director, Big Smiles Pennsylvania P.C.

All Rights Reserved, ©Big Smiles Pennsylvania P.C. 2009 FORM 510