



**Querido Padre o Guardián,**

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

Nombre de Escuela/Centro:			
Nombre completo del hijo/a:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre o guardián:		# de teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección:		Ciudad:	Estado:      Código postal:

Por favor indique las áreas que le son aplicables y llene la información:

**Mi Hijo/a Medicaid/Pennsylvania CHIP. # ID es:** \_\_\_\_\_

Circule uno de los siguientes: Medicaid, Gateway, United Healthcare, Keystone First, AmeriHealth Caritas, UPMC, HealthPartners, Geisinger CHIP, Aetna, United Concordia CHIP, Coventry Cares, Kidz Partners, Blue Cross CHIP, Otro: \_\_\_\_\_

**No tengo Medicaid/Pennsylvania CHIP y quisiera aplicar.**

Medicaid/Pennsylvania CHIP es un programa de seguro económico, ofrecido por el Estado Pennsylvania para los niños recién nacidos hasta la edad de 18 años. Para calificar para este programa, su hijo/a necesita ser residente de Pennsylvania, menos de 19 años de edad y vivir en una familia cuyos ingresos sean iguales o menores de los que se indican en la siguiente tabla.

Tamaño del hogar*	Gratis		Bajo Costo				Costo total
	Edades 1-5	Edades 6-18	Edades 0-1	Edades 1-18	Edades 0-18	Edades 0-18	Edades 0-18
1	\$18,652-\$24,711	\$15,801-\$24,711	\$25,542-\$31,126	\$24,711-\$31,126	\$31,126-\$34,215	\$34,215-\$37,304	\$37,304 – No Limit
2	\$25,152-\$33,322	\$21,307-\$33,322	\$34,443-\$41,973	\$33,322-\$41,973	\$41,973-\$50,303	\$46,138-\$50,303	\$50,303 – No Limit
3	\$31,652-\$41,933	\$26,813-\$41,933	\$43,344-\$52,820	\$41,933-\$52,820	\$52,820-\$58,061	\$58,061-\$63,303	\$63,303 – No Limit
4	\$38,151-\$50,544	\$32,319-\$50,544	\$52,245-\$63,666	\$50,544-\$63,666	\$63,666-\$69,984	\$69,984-\$76,302	\$76,302 – No Limit
5	\$44,651-\$59,156	\$37,826-\$59,156	\$61,146-\$74,513	\$59,156-\$74,513	\$74,513-\$81,908	\$81,908-\$89,302	\$89,302 – No Limit
6	\$51,151-\$67,767	\$43,332-\$67,767	\$70,047-\$85,360	\$67,767-\$85,360	\$85,360-\$93,831	\$93,831-\$102,302	\$102,302 – No Limit
7	\$57,667-\$76,399	\$48,851-\$76,399	\$78,970-\$96,233	\$76,399-\$96,233	\$96,233-\$105,783	\$105,783-\$115,333	\$115,333 – No Limit
8	\$64,198-\$85,052	\$54,384-\$85,052	\$87,914-\$107,132	\$85,052-\$107,132	\$107,132-\$111,764	\$117,764-\$128,395	\$128,395 – No Limit
9	\$70,730-\$93,705	\$59,917-\$93,705	\$96,858-\$118,032	\$93,705-\$118,032	\$118,032-\$129,745	\$129,745-\$141,458	\$141,458 – No Limit
10	\$77,262-\$102,358	\$65,450-\$102,358	\$105,802-\$128,932	\$102,358-\$128,932	\$128,932-\$141,726	\$141,726-\$154,521	\$154,521 – No Limit

**Para solicitar Medicaid/Pennsylvania CHIP llame call 1-866-550-4355 o visite visit <https://www.compass.state.pa.us>**

**Tengo otro tipo de seguro dental.**

Por favor anexe una copia de la parte delantera y trasera de su seguro y complete la siguiente información.

Nombre de la Compañía de Seguro: (aparte de Medicaid) \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Adulto Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Adulto Asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza/ID: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Adulto Asegurado: \_\_\_\_\_

**No tengo seguro dental y no quiero aplicar para Medicaid/Pennsylvania CHIP.**

Necesito pagar por un servicio subsidiado porque no puedo pagar el costo completo. Cubrirá una limpieza, en examen, una aplicación de fluoruro.

**Edades 11 o menores - \$58.00      Edades 12 o mayores - \$69.00**

Favor de engrapar cheque o giro postal a este formulario y hacer pago a: **Smile Pennsylvania**. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 1-800-409-2563.

**Yo requiero ayuda financiera para cubrir el costo de la limpieza, examen dental, y el fluoruro de mi hijo/a.**

Certifico que mi ingreso mensual del hogar es igual o inferior a los límites de ingresos mensuales mostrados en la tabla anterior, y no soy elegible Medicaid/Pennsylvania CHIP, o cualquier otro programa 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. Si tiene preguntas, por favor llame 1-800-409-2563.