



2017

Chart Number \_\_\_\_\_  
(for internal use only)

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* South Tacoma \* Gig Harbor \* Bremerton

## Solicitud de Asistencia Financiera (Cuidado de Caridad)

La misión de LDCC es proveer cuidado dental accesible, compasivo y eficaz a niños de Puget Sound en necesidad. Una parte crítica de cumplir nuestra misión es ofreciendo asistencia financiera (cuidado de caridad) a los no tiene seguro dental o suficiente cobertura. El cuidado de caridad se basa en el tamaño de la familia y el ingreso familiar anual y debe renovarse anualmente. Con el fin de recibir atención de caridad, por favor llene la aplicación a continuación, todos los campos son obligatorios.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/tutor \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/tutor ( ) — ( ) — ( ) —  
Celular Casa Trabajo

Jefe de familia:  Masculino  Femenino Militar?:  Activo  Retirado  Reserva

Raza/grupo étnico de la familia (si se asocia con más de una raza/grupo étnico, por favor marque los que correspondan)

Blanco  Afro/Americano  Hispano/Latino  Asiatico  
 Europeo Oriental  Hawaino/Pacifico  Multi-Racial  Otro \_\_\_\_\_

## Declaración de Ingresos

Por favor proporcione un comprobante de ingresos del hogar como un recibo de pago o declaracion de pagos de todos los ingresos de los padres/tutores. Si más de un empleo, o si está trabajando más de un padre o tutor, todos comprobante de ingresos son necesarios para todos los ingresos o ambos ingresos de los padres/tutores.

Frecuencia	2 x mes	Cada 2 semanas	1 x mes	Semanal	Otro
Comprobante #1					
Comprobante #2					
Comprobante#3					
Comprobante #4					
Comprobante#5					
Total					
Multiplique(multiplier)	24	26	12	52	
Subtotal					

Gran Total de ingresos anuanles: \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia \_\_\_\_\_

Yo estoy proporcionando la información de arriba con el fin de recibir asistencia financiera de la Lindquist Dental Clinic for Children. Confirmando que la información de arriba es verdadera y representa la casa completa. Entiendo que debe completarse la solicitud de asistencia financiera en forma anual, incluyendo el nuevo comprobante de ingresos, con el fin de seguir recibiendo asistencia financiera. Si hay un cambio en la información proporcionada de arriba voy a actualizar la aplicación en el archivo con la nueva información

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Internal LDCC Use				
Qualifies for a slide of:	80%	60%	40%	Military
Income Verified by:	_____			