



2020

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

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* Bremerton

## Aplicacion Para Asistencia Financiera

LDCC es una clinica privada sin fines de lucro y trabajamos muy duro para cumplir nuestra mision para proporcionar servicios accesibles, compasivos y efectivos para todos los ninos que viven en el Puget Sound. Una parte muy crucial de nuestra mision es que ofresemos "asistencia Financiera" para ellos sin asegurado. Aunque LDCC "Nungun nino sera rechazado debido a la inhabilidad de pagar" NO SOMOS una clinica gratis.

La determinacion de la capacidad de pago de una familia y la cantidad de asistencia financier que su familia puede calificar se basa en el tamaño de su familia y el ingreso bruto del hogar.(no de cuantos billes tenga).

Basandose en estos factores, su familia puede calificar para recibir asistencia financier y los servicios dentales que se le proporcionan a su hijo/os se pondrian en una escala de cuotas deslizantes con la expectativa de que usted pagara su parte de este acuerdo financier.

Por mucho que nos gustaria no tener que cobrar a nadie por el servicios, con el fin de que podamos seguir proporcionando atencion dental para los ninos necesitados en nuestra comunidad, la familia deben adherirse a su porcentaje de pago por los servicios recibidos.

fecha \_\_\_\_\_

Nombre de padre/guardian \_\_\_\_\_

Padre/guardian numero \_\_\_\_\_ ( ) — ( ) —  
Mobile

Jefe del hogar es : \_\_\_ hombre \_\_\_ mujer Militar?: \_\_\_ Activo \_\_\_ Retirado \_\_\_ Reservado

### Estado de Resultados

Por favor proporcione prueba de ingresos para el hogar como talones o declaraciones de pago para todos los ingresos de los padres. Si hay mas de un trabajo, o si mas de un padre/tutor esta trabajando se necesita una prueba de ingresos para todos los ingresos y/o ambos ingresos patentados

| Frecuencia    | 2 x mes | cada 2 semanas | 1 x mes | semanal | Otro |
|---------------|---------|----------------|---------|---------|------|
| Prueba #1     |         |                |         |         |      |
| Prueba #2     |         |                |         |         |      |
| Prueba #3     |         |                |         |         |      |
| Prueba #4     |         |                |         |         |      |
| Prueba #5     |         |                |         |         |      |
| Total         |         |                |         |         |      |
| Multiplicador | 24      | 26             | 12      | 52      |      |
| Subtotal      |         |                |         |         |      |

Total Ingreso Annual : \_\_\_\_\_ Tamaño de familia: \_\_\_\_\_

Estoy proporcionando la informacion arriba para el proposito de recibir ayuda financier de Lindquist Dental Clinic Para Ninos. Confirm que la informacion anterior es verdadera y representa el hogar complete. Entiendo que la solicitud de asistencia debe ser completada anualmente, incluyendo una nueva prueba de ingresos para continuar recibiendo asistencia financiera . Si hay un cambio en la informacion proporcionada arriba voy a actualizar la aplicacion en el archive con nueva informacion.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Acuerdo Financiero

Este formulario es un acuerdo financiero entre yo y la clinica dental Lindquist Para Ninos (LDCC).

- \_\_\_\_\_ Usted no solicito para ayuda financiera
- \_\_\_\_\_ Usted no califico para recibir ayuda financiera
- \_\_\_\_\_ Usted Si califico para recibir ayuda financiera

Basandose en el tamaño de su familia y el ingreso bruto del hogar que usted proporciono, usted califica para recibir ayuda financiera. LDCC es capaz de proporcionar servicios dentales para su hijo/hijos:

- \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_% descuento de nuestros honorarios por los servicios prestados
- \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_% descuento de su porcion del paciente no pagada por su seguro
- \_\_\_\_\_ No hay gastos de bolsillo para servicios cubiertos debido a su cobertura de seguro dental Tri-Care y estatus militar

Tienes los siguientes opciones de pago:

\_\_\_\_\_ pagos mensuales recurrentes usando su tarjeta de credito o debito en el archive. Los pagos seran el total divididos por los 12 meses o su saldo dividido uniformemente por mes para pagas mensuales iguales (no menos de \$40 por mes) cualquiera que sea mayor, hasta que el saldo sea pagado:

- \_\_\_\_\_ Balance de \$ \_\_\_\_\_ dividido por 12 months
- \_\_\_\_\_ \$ \_ una cantidad de \_\_\_\_\_ por mes \_\_\_\_\_ meses.

- \_\_\_\_\_ pago echo en su totalidad a tiempo en cada service
- \_\_\_\_\_ Pagar balance sobre \_\_\_\_\_ meses
- \_\_\_\_\_ otros segun los acordado con LDCC \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario estoy entrando en un acuerdo financiero con LDCC y acepto mi porcion de servicio dental como se indico anteriormente

\_\_\_\_\_  
Emprime nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
fecha

Correo-electronico que se puede mandar su receive: \_\_\_\_\_

Si no se tiene correo-electronico se mandara el recivo a la dirreccion que esta en su cuenta

|                           |                                   |                              |
|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Internal LDCC Use         |                                   |                              |
| Income verified by: _____ | Financial assistance added: _____ | Recurring billing est: _____ |