

Como puede calificar para nuestro programa de atención asequible?

Si usted quiere saber si califica para nuestro programa de atención asequible, debe venir a una entrevista. Las entrevistas se realizan de martes a viernes como van llegando. No necesita cita previa.

La elegibilidad a nuestro programa de atención asequible es basado en el ingreso del hogar y en el número de personas que viven en su casa. Usted es elegible para un precio reducido si su salario anual o mensual está en o por debajo del 200% de la guía federal de pobreza.

Qué se considera un hogar?

- Cualquier persona que vive y contribuye económicamente en su hogar.
- Cualquier persona que puede ser reclamada en sus impuestos.

Qué se considera salario y que debo traer:

- Talón de cheques de pago por mes(traer dos si le pagan quincenal o cuatro si le pagan semanal).
- Carta de aprobación de estampillas para comida.
- Si no recibe cheques de pago, entonces necesita una carta de ingresos de su empleador indicando su salario total por mes o por semana. Carta con membrete de la empresa o carta notarizada.
- Prueba de ingresos adicionales de plan de pensiones, Iglesia, Familia, manutención de hijos, TANF, manutención de esposa.
- Estado de cuanta del seguro social, depósitos de banco mostrando pago mensual al seguro social.
- Prueba de cualquier subsidio de vivienda de alguna autoridad o del gobierno federal.
- Prueba de compensación por desempleo
- Su más reciente declaración de impuestos forma 1040 (no se acepta si es de más de dos años de antigüedad)
- Si no está trabajando y tiene a alguien que le brinda ayuda financiera, usted necesita una carta de esa persona con la fecha, la cantidad en ayuda para comida, vivienda, pagos, etc., firmada por la persona que lo esta financiando.

Por favor traiga también una identificación actual con foto o una identificación con foto de cualquier persona que vive en su hogar y que sea mayor de 18 años.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE TODAS LAS CITAS SON PRE-PAGADAS. Si usted calificó y desea hacer una cita como paciente nuevo el valor de la cita se recibe en efectivo, giro postal(Money Order), MasterCard, Visa, o Discover.

Para más información o preguntas acerca de su elegibilidad o de cómo establecer su cuidado, por favor visite nuestra página web al www.vaprdc.org o llame a nuestra oficina al (540) 661-0008. Para español presione 8.

PRDC está localizada en 13296 James Madison Highway, Orange, VA. La dirección de correo es PO Box 151, Orange, Virginia 22960.

Aplicación Servicio Dental Asequible

La aplicación para servicio dental asequible debe completarse en su totalidad antes que cualquier miembro de su hogar sea aprobado para nuestro servicio asequible. Prueba de pago y todos los documentos deben acompañar la aplicación.

Nombre completo del solicitante:	Fecha de nacimiento:
Dirección 1(Correo):	Ciudad, estado, VA:
Dirección 2 (Física):	
Número de teléfono (principal):	Otro número:
Estado civil: (Encierre en un círculo) Soltero Casado Viudo Divorciado	E-mail:
Se encuentra usted trabajando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Empleador:	Frecuencia de pago de salario: Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Tiene Seguro Dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si esta desempleado y no recibe salario, alguien le provee ayuda financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contesta SI, usted necesita prueba de ingresos o una carta de la persona que lo soporta.	
El solicitante ha sido analizado para Medicaid, FAMIS o otra asistencia por el Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contesta SI, por que el solicitante no recibe asistencia? Si contesta NO, esta interesado en información adicional al respecto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

La información familiar debe llenarse por todos los aplicantes

Liste todos los miembros de su familia, fecha de nacimiento y parentesco

Nombre completo del aplicante:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:

Ingresos familiares

(Copia de la prueba de ingresos debe ser adjuntada)

Ingresos familiares se define como todos los ingresos en un hogar incluyendo y no limitado al salario a través de un empleo, asistencia gubernamental (seguro social, estampillas para comida, etc.), discapacidad (largo o corto tiempo) y beneficios de desempleo. Debe proveer prueba de ingresos de un (1) mes de todos los orígenes. Puede usar la forma 1040 del año anterior si esta refleja con mayor veracidad su ingreso familiar.

Por favor complete la siguiente información:

	Mi persona	Esposo(a)	Otro	Total
Salario de empleo				
Propinas				
Beneficios de desempleo				
Seguro Social				
Beneficios de pensionado				
Fondos fiduciarios y desembolsos				
Becas				
Estampillas para comida				
Manutención para hijos				
Asistencia pública				
Subsidio de vivienda				
Subsidio para familias de militares.				
Beneficios VA				
Donaciones				
Ingresos por alquiler				
Ayuda financiera familiar				
Otro:				
Totales:				

Declaración jurada: Firmando, yo testifico que a la fecha de mi firma, el origen de los ingresos arriba listados son todos mis ingresos familiares, los familiares listados son exclusivamente dependientes de esos ingresos, y las explicaciones dadas para verificar mi nivel de ingresos son veraces. Yo entiendo que si la información que yo estoy entregando es incompleta o fraudulenta, seré retirado de la escala móvil de ingresos permanentemente.

Firma del

Solicitante/Responsable: _____ Fecha: _____

SOLO EL PERSONAL DE PRDC PUEDE LLENAR ESTA SECCION:

Ingreso Familiar Mensual total: \$ _____ # de personas en el hogar: _____

Ingreso Familiar Annual total: \$ _____ Nivel: _____

Valido hasta: _____ Firma del personal de oficina: _____