



FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA

Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Review	Date Form is Requested/Issued	Date Identifiable Form is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable
---	--------------------------------------	---	---------------------------	---

APPLICATION FOR DENTAL ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN DENTA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)		Home Telephone No./Teléfono de la casa	Other Telephone No./Otro número de teléfono	
Have you ever used another name? If so, list other names you have used. / ¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No				
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)	Apt.# /Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.				
Email Address/ Correo electrónico				

1. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security Number (if available) Número de Seguro Social (si lo tiene a su disposición)	Sex Sexo Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth Fecha de nacimiento	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF Yo mismo	

2. Do you live in Taylor County?
¿Vives en el condado de Taylor? Yes/Sí No
3. Are you pregnant?
¿Estás embarazada? Yes/Sí No
4. Have you recieved dental assistance within the last 12 months?
¿Ha, recibido asistencia dental en los últimos 12 meses? Yes/Sí No
5. Are you experiencing pain because of dental problems?
¿Está experimentando dolor debido a problemas dentales? Yes/Sí No
6. Describe your dental problems and pain.
Describir sus problemas dentales y dolor.

7. **Have you taken anything to help with your dental pain? If yes, please list.**
 ¿Ha tomado algo para ayudar con su dolor dental? En caso afirmativo, por favor haga una lista..... Yes/Sí No

8. **Do your dental problems affect how or what you eat? If yes, please explain.**
 ¿Sus problemas dentales afectan cómo o qué come? En caso afirmativo, sírvase explicarlo..... Yes/Sí No

9. **Do you currently have dental insurance?**
 ¿Actualmente tiene seguro dental? Yes/Sí No

10. **List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support and unemployment.**./Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; o pagos por desempleo.

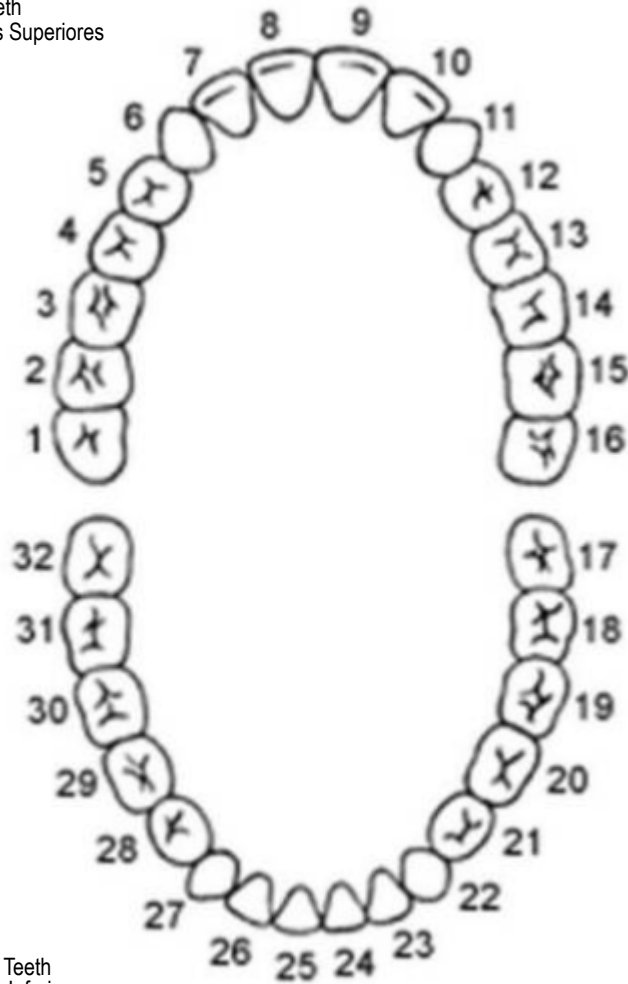
Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

11. **On a scale of 1 to 10 (with 1 being minimal pain and 10 being the most extreme) how would you rate your pain level?**
 En una escala del 1 al 10 (siendo 1 el dolor mínimo y 10 el más extremo), ¿cómo calificaría su nivel de dolor? _____

12. Please identify which number tooth is causing you pain

Identifique qué diente número le está causando dolor.

Top Teeth
Dientes Superiores



Bottom Teeth
Dientes Inferiores

13. How long has this tooth been hurting?

¿Cuánto tiempo ha estado doliendo este diente?

14. Is this a wisdom tooth?

¿Es esto una muela del juicio?

15. Do you currently have an infection related to this tooth (swelling, pain)? Yes/No/Unsure

¿Actualmente tiene una infección relacionada con este diente (hinchazón, dolor)? Sí/No/No estoy seguro.

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Income
- Resources
- Number of people who live with me
- Address

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas.

Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política.

<p>I understand that by signing this application, I am giving the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party. I agree to give the county any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.</p>	<p>Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.</p>
---	---

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.

Signature – Applicant / Firma – Solicitante

Date / Fecha

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date
Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative / Date
Firma – Representante del solicitante / Fecha

Signature – Witness (if signed with "X") / Date
Firma – Testigo (si firma con "X") / Fecha

<p>Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form /Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta Forma</p>

For questions or to return this application please visit / Si tiene preguntas o para devolver esta solicitud, visite

Taylor County Social Services

Mailing Address / ¿Dirección	400 Oak Street, Suite 202; Abilene, TX 79602
Telephone / Teléfono	(325) 674-1341
Email / Correo electrónico	socialservices@taylorcountytexas.org

CSC DENTAL SERVICES PROGRAM

Effective 1/1/22, Christian Service Center is requiring a \$20 fee for our dental program. This fee will be passed along to the dentist that you are scheduled an appointment with.

Please be advised that it is your responsibility to show up for the dental appointment scheduled for you. If you cannot make the appointment time, you will need to call the dentist office as soon as possible.

Please be advise that if you do not show for the appointment, the \$20 fee WILL NOT be returned to you.

An prescriptions that are prescribed by the dentists are your sole responsibility to purchase as the Christian Service Center will not cover those expenses.

By signing and dating below, you acknowledge that you understand and agree with the terms of our program.

Signature

Date

Authorization to Share Treatment Information

I, _____ give my consent for the dentist providing my treatment to share my treatment information with the Christian Service Center for the purpose of invoicing for reimbursement of services provided. By signing below, I acknowledge that my personal health information related to my dental care will be made available so that grant funds can be used to pay for my treatment.

Patient Signature

Date