



Escuela de Odontología de la Universidad de Utah
Programa de Asistencia Financiera para la Salud Oral

Gracias por contactar la oficina del Programa de Asistencia de Salud Oral de la Escuela de Odontología de la Universidad de Utah para analizar su cuenta e investigar sobre la asistencia financiera.

Para ser considerado y aplicar para este programa, tiene que satisfacer los siguientes requisitos:

1. Ser un paciente establecido de un residente o estudiante dental de la Escuela de Odontología de la Universidad de Utah
2. Radicar en el Estado de Utah
3. No recibir beneficios dentales de seguro privado o de Medicaid

Para que podamos proceder, por favor proporcione los siguientes documentos y envíelos a la dirección que se encuentra al final de esta página o entregue la información al asesor financiero de la Escuela de Odontología:

- Plan de tratamiento completo de su proveedor dental (estudiante o residente)
- Solicitud de asistencia de salud bucal completada (adjunta)
- Copia de los dos últimos meses de estados de cuenta de banco
- Copia de la declaración de impuestos del año pasado
- Copias de los talones de cheques de pago y/u otros ingresos de los últimos dos meses y/o todos los ingresos del hogar (*el hogar se define como: usted, su cónyuge si esta casado, mas todas las personas que reclamará como dependientes fiscales, incluidos que no necesitan cobertura*)
- Si corresponde, declaración de negación de cobertura de seguro
- Si corresponde, comprobante de que excede la cobertura de seguro máxima permitida

No está obligado a divulgar ninguno o todos estos documentos. Sin embargo, sin esta información, la oficina del Programa de Asistencia de Salud Oral no podrá determinar si usted es elegible para recibir asistencia financiera.

Los documentos deben ser recibidos dentro de los 30 días a partir de la fecha de su plan de tratamiento. Si no puede proporcionar uno o más de estos documentos, incluya en su carta las circunstancias que impiden su inclusión.

Una vez que se presente la documentación requerida, se completará una revisión para determinar si usted es elegible para recibir ayuda financiera total o parcial. Dentro de los 30 días posteriores del recibimiento de su solicitud, se le notificará el resultado de la revisión. Si tiene más preguntas, comuníquese con la oficina del programa al (801) 587-6453.

FAVOR DE ENVIAR TODA REMITENCIA AQUI:

University of Utah School of Dentistry
Oral Health Assistance Program
P.O. Box 581259
Salt Lake City, Utah 84158-1259
Email: OHAP@hsc.utah.edu
Phone: (801) 587-6453
Fax: (801) 585-2261





SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA SALUD ORAL

Registro Médico del Paciente #:	Nombre del Paciente:
Parte Responsable:	Estudiante Residente
Clinica Dental:	

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre del Cónyuge	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Número Telefónico
Correo Electronico		

Total de dependientes que habitan en casa	
-------------------------------------------	--

Nombre del dependiente	Fecha de Nacimiento	Relacion





EMPLEO

Empleador:	Número Telefónico del Empleador:	Dirección del Empleador:	Salario Por Hora:	Horas por semana:
Empleador del Cónyuge:	Número Telefónico del Empleador:	Dirección del Empleador:	Salario Por Hora:	Horas por semana:
Otro Empleador:	Número Telefónico de Otro Empleador:	Dirección de Otro Empleador:	Salario Por Hora:	Horas por semana:

INGRESO

Ingreso Mensual Bruto:	Intereses Mensuales/Dividendos:	Ingreso Mensual del Seguro Social 1:
Ayuda Gubernamental Mensual:	Pensión Alimenticia Mensual/Manutención de Menores:	Ingreso Mensual del Seguro Social 2:
Pensión Mensual:	Otros Salarios Mensuales No Remunerados:	Ingreso de Seguridad Suplementario Mensual:

DESEMPLEO

Si usted o su cónyuge están desempleados, indique en una hoja separada la última fecha y lugar de empleo. También liste los esfuerzos que está haciendo para obtener empleo y adjúntelo a este formulario.

CUENTAS BANCARIAS (ahorros, cheques, certificados, etc.)

Banco Y Sucursal	Número de Cuenta	Balance
		\$
		\$
		\$





		\$
--	--	----

Explique su situación financiera a continuación. Incluya todo lo que necesitamos saber para comprender su situación y su falta de habilidad para pagar sus gastos dentales con nosotros. Puede adjuntar una hoja aparte si necesita más espacio.

FIRMA DEL APLICANTE (S):

Por la presente certifico, y estaría dispuesto a declarar bajo juramento, que la información contenida en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma (Aplicante) Fecha

Firma (Conyuge) Fecha

