

Smile Starters

Solicitud para Tarifas de descuento

Nombre de la persona cabeza familia		Empresa donde trabaja		
Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Numero de Telefono
Pla de Seguro Dental		Numero de Seguro Social		

Por favor incluya a su conyuge y a los menores de 18 anos que dependen de usted

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Usted		Dependiente	
Conyuge		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Ingreso Anual del hogar

Fuente	Usted	Conyuge	Otro	Total
Ingresos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguro social, pension, anualidades y beneficios para veteranos				
Pension de conyuge, pension alimenticia, distribuciones a familia de militares.				
Ingresos por negocios propios y por dependientes				
Rentas, intereses, dividendos, y otros ingresos				
Ingreso Total				

Lista de Verificacion (adjunte copias)

	Yes	No
Identificacion/direccion: Licencia de conduccion, certificado de nacimiento, Tarjeta de identificacion de sa trabajo, tarjeta del seguro social u otra.		
Ingresos: Reembolso de Impuestos del ano anterio, trea ultimos recibos/comprobantes de su salario, u otro.		
Seguro: Tarjeta(s) del seguro.		
Medicaid: Solicitud entregada o evidencia de rechazo.		

Yo certifico que la informacion es correcta y entiendo que se verificaran los datos antes de la aprobacion.

Name (Imprenta)

Firma/Fecha

**Envie la solicitud llena completamente a:
SS Discount Fee Program
1538-A Union Rd.
Gastonia, NC 28054**

Pay class approved: _____	Office Use Only Effective date: _____
Approved by: _____	Expiration date: _____