



# Donated Orthodontic Services (DOS)

1800 15<sup>th</sup> St. Suite 100

Denver, CO 80202

Phone: (866) 201-5906

Fax: (303) 534-5290

Estimado Solicitante:

En respuesta a su reciente indagación acerca de la disponibilidad del cuidado gratis o de bajo costo de ortodoncia, nosotros somos complacidos en proporcionar la información siguiente sobre el programa Donated Orthodontic Services (DOS) en el Estado de Illinois, Kansas, New Jersey, Rhode Island y Tennessee.

Los ortodontistas a través del Estado de Illinois, Kansas, New Jersey, Rhode Island y Tennessee se han ofrecido a proporcionar el cuidado de ortodoncia a niños, quién a causa de falta de ingresos familiares adecuados, no puede proporcionar el cuidado de ortodoncia necesitado.

Los siguientes son los criterios de elegibilidad para el programa:

## ELEGIBILIDAD

- Los pacientes deben ser residentes del Estado de Illinois, Kansas, New Jersey, Rhode Island y Tennessee
- Los pacientes deben estar entre las edades de 8-18; adultos serán considerados sólo bajo circunstancias especiales
- Los pacientes no pueden estar en frenos ni en media fase de tratamiento de ortodoncia.
- El padre o el guardián debe someter su más reciente declaraciones de taxes federales (y el estado si aplicable) con su aplicación.
- El paciente debe ser inelegible para el tratamiento de ortodoncia por seguro o ayuda pública.
- Cuota de \$ 200 debida antes de que comience el tratamiento

## PROCEDIMIENTOS de APLICACION

**PRIMER PASO:** Por favor complete, firme y regrese la aplicación, junto con una copia de su 1040, 1040A o 1040EZ de declaraciones de taxes del último año para la casa. Incluya también una remisión de su dentista que dice que su hijo está en la necesidad de los frenos y una carta de su hijo que diga por qué quieren los frenos y cómo va a cuidar de ellos.

**SEGUNDO PASO:** Cuando su aplicación este lista para ser revisada, la coordinadora de referencia le llamará para obtener información adicional necesaria (si no califican la coordinadora de referencia les dirá durante la llamada)

**TERCER PASO:** La coordinadora de referencia compartirá la información sobre una persona tentativamente aceptada con un Ortodoncista voluntario.

**CUARTO PASO:** Será notificado del nombre del ortodoncista y el número de teléfono y usted será responsable de planificar una cita para un examen. LA ACEPTACION FINAL en el programa sólo será hecha después de que el examen clínico cuando las necesidades específicas de tratamiento sean establecidas.

*Después de recibir su aplicación será colocada en una lista de espera.* Tenga por favor paciencia; debido a limitaciones del programa, nosotros no podemos procesar cada aplicación tan pronto como es recibida. La coordinadora de referencia lo contactará cuando su aplicación suba a los primeros de la lista para revisar su aplicación.

**Kizzly Blue**  
**DOS Program Coordinator**  
**(866) 201-5906**

**APLICACION SERVICIOS DONADOS DE ORTODONCIA (DOS)**

Donated Orthodontic Services  
1800 15<sup>TH</sup> ST.  
DENVER, CO 80202  
(866) 201-5906  
(303) 534-5290 - FAX

FECHA DE APLICACION: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del niño(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

COMO SE DIO CUENTA DEL PROGRAMA DOS? \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTO (Familiar, amigo, etc.):

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a) \_\_\_\_\_

NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA: \_\_\_\_\_

| Nombre de cada persona | Edad | Relación al niño(a) |
|------------------------|------|---------------------|
|------------------------|------|---------------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**INFORMACION ECONOMICA**

**HOUSEHOLD MONTHLY INCOME:**

Padre o Guardián #1 \_\_\_\_\_ Esta Empleado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Cuanto gana mensualmente: \$ \_\_\_\_\_

Padre o Guardián #2 \_\_\_\_\_ Esta Empleado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Cuanto gana mensualmente: \$ \_\_\_\_\_

**INFORMACION ECONOMICA CONTINUADA**

¿Hay otras fuentes de ingresos para su casa, como Seguro Social, SSI, TANF, Desempleo, la Manutención de hijos, etc.)? Si eso es el caso, por favor de indicar abajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES TOTALES DE LA CASA DE TODAS LAS FUENTES ECONOMICAS: \$ \_\_\_\_\_

EL VALOR TOTAL DE AHORROS DEL NIÑO Y PADRES: \$ \_\_\_\_\_

EL VALOR TOTAL DE INVERSIONES DEL NIÑO Y PADRES: \$ \_\_\_\_\_

**EL PADRE O EL GUARDIAN DEBE SOMETER UNA COPIA DE SU ULTIMA DECLARACION DE TAXES FEDERALES (1040, 1040A, o 1040EZ) CON ESTA APLICACION**

EL NIÑO RECIBE BENEFICIOS DE MEDICAID? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

NUMERO DE MEDICAID# \_\_\_\_\_

TIENE EL NIÑO ASEGURANSA DENTAL? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

**NECESIDADES DENTALES**

DESCRIBA BREVEMENTE LAS NECESIDADES DE ORTODONCIA DE EL NIÑO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿TIENE SU NIÑO UN DENTISTA? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

SI SI, QUE ES EL NOMBRE DEL DENTISTA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DEL DENTISTA: \_\_\_\_\_

¿QUE ES LA FECHA DE LA ULTIMA VISITA DENTAL DEL NIÑO? \_\_\_\_\_

¿HA RECOMENDADO UN DENTISTA FRENOS PARA SU NIÑO? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

¿COMO ASEGURARA USTED QUE SU NIÑO LLEGE A LAS CITAS DE ORTODONCIA A TIEMPO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿HAY UN ORTODONCISTA QUE TOMA PARTE EN EL PROGRAMA DE DOS QUE YA HA ACEPTADO TRATAR SU NIÑO? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO**

**SI, QUE ES EL NOMBRE DEL ORTODONCISTA: \_\_\_\_\_**

**NUMERO DE TELEFONO DEL ORTODONCISTA: \_\_\_\_\_**

**INFORMACION ADICIONAL**

**Utilice este espacio para elaborar información no explicada en otras áreas:**

---

---

---

**EL PADRE O EL GUARDIAN DEBE ESTAR DISPUESTO A ADHERIR A REGLAS DEL PROGRAMA DONADAS SERVICIOS DE ORTODONCIA; EL PACIENTE DEBE:**

- **Tener visitas dentales regulares durante el tratamiento de ortodoncia;**
- **Mantener la higiene oral buena;**
- **Mantener todas las citas regularmente;**
- **Tomar el cuidado apropiado de todos los aparatos de ortodoncia;**
- **Se Conformar con todas las instrucciones dadas por el Ortodoncista**

**HE LEIDO LAS REGLAS SIGUIENTES Y SI EL SOLICITANTE ES SELECCIONADO PARA SER UN PACIENTE EN EL PROGRAMA DE DOS, YO ASEGURARE QUE LAS CONDICIONES ENCIMA SEAN REALIZADAS.**

**FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_**

**(POR FAVOR DE FIRMAR LA PAGINA 4)**

*Lea por favor las declaraciones siguientes. Si comprende y acepta las condiciones, firme por favor y ponga la fecha en el fondo.*

Comprendo que deberé proporcionar información personal que incluye, pero no es limitado a, condición médica, dental y financiera.

Doy mi consentimiento para que el coordinador de referencia a obtenga información del médico de mi niño, el dentista, personas de contacto que listé, y/o el gobierno o agencias privadas para determinar su elegibilidad en el programa de DOS.

Comprendo que información proporcionado por mí o por otros, como notado arriba, se dará sólo a los voluntarios implicados en el tratamiento de mi niño y será tenido confidencial.

Doy permiso para que el coordinador de referencia comparta información sobre mi niño con uno o más dentistas voluntarios/ortodoncistas del programa DOS.

Comprendo que la aplicación al programa de DOS no asegura que mi niño será referido para un examen o que será aceptado como un paciente siguiendo el examen.

Comprendo que la National Foundation of Dentistry for the Handicapped, que coordina el programa de DOS, determinará si mi niño es elegible para el programa y si eso es el caso, procurará referir a mi niño a un participante a ortodoncista voluntario. Comprendo aún más que el ortodoncista que trata es únicamente responsable de diagnóstico y algún tratamiento posible que mi niño quizás reciba para sus necesidades de ortodoncia.

Comprendo que la Base Foundation of Dentistry for the Handicapped, y la Asociación Norteamericana de Ortodoncistas (AAO) no es responsable de ningún tratamiento de ortodoncia y/o dental rendido por referencia por este servicio.

Comprendo que los ortodoncistas se han ofrecido a tratar la condición ortodoncia de mi niño sólo y no son obligados a proporcionar el cuidado donado en el futuro ni mantener a mi niño como un paciente.

Comprendo la importancia de mantener todas las citas planificadas. El fracaso para hacer así, sin por lo menos 24 horas de advertencia al ortodoncista, puede descalificar a mi niño de obtener tratamiento adicional por este programa.

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta forma es una revelación llena y exacta de mi corriente estatus físico, médico y financiero.

Firma del Padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que lo referio (si applicable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**La Foto y la Información opcionales Consienten Forma**

"Doy mi permiso a la Foundation of Dentistry for the Handicapped, y el AAO para utilizar el nombre de mi niño, la información, las declaraciones, o la fotografía para propósitos públicos de relaciones, y para atribuir mis declaraciones a mí como una expresión de mi experiencia personal. Comprendo que esta información puede ser utilizada en diarios dentales, paginas de web, artículos médicos, los anuncios u otras materias de marketing que promueven los programas de la fundación y favorecen participación de profesionales y funders dentales. Yo también concuerdo que ninguna materia debe ser sometida a mí para más aprobación, y yo doy el derecho de registrar en el registro de la propiedad literaria tal materia si necesario. Comprendo que si yo no otorgo este permiso, no afectará la elegibilidad de mi niño para recibir servicios del programa Donated Orthodontic Services (DOS)."

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_