

## 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				
<b>Ingreso Total</b>				

#### 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: _____