

طلب خدمات علاج الأسنان
Lincoln-Lancaster County Health Department -- Dental Division
عيادة الأسنان دائرة الصحة في لينكن مقاطعة لانكستر
3131 O Street, Lincoln, NE 68510



Lincoln-Lancaster County
Health Department

Person Completing Application

أسم الشخص الذي يقوم بتعبئة الاستمارة

Relationship to Patient

العلاقة بالمريض

Social Security Number of Person
Completing Application رقم الضمان الاجتماعي للشخص
الذي يملا الاستمارة

Address [Number, Street]
العنوان (الشارع/ الرقم)

City/State
الولاية/المدينة

Zip Code
الرمز البريدي

County
المقاطعة

Home Phone هاتف المنزل

Cell Phone رقم الهاتف المحمول

Email Address البريد الإلكتروني

How would you like to be contacted for appts reminder ?

كيف تريد أن يتم التواصل معك لتذكيرك بالمواعيد؟

Phone اتصال هاتفي

Text رسالة نصية

Email Address بريد إلكتروني

List All Household Members with Income	Current Employer/phone	Hourly wage	# of Hours worked per week	Gross Monthly Income	How often do you get paid: (Hourly, Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or Annually)
[أسماء أفراد العائلة مع الدخل]	[مكان العمل/ رقم الهاتف]	[الأجر بالساعة]	عدد ساعات العمل في الأسبوع	الدخل الشهري الكلي	كيف يتم الدفع لك (بالساعة، أسبوعياً، كل أسبوعين شهرياً، سنوياً)
1.					
2.					
3.					

Do you or anyone within your household receive any of the following? [هل انت أو أحد افراد عائلتك يستلم مما يأتي]

Amount الكمية

1. Unemployment [راتب العاطلين عن العمل] \$ _____
2. Social Security [الضمان الاجتماعي] \$ _____
3. Disability Benefits [راتب المعوقين] \$ _____
4. Child Support/Alimony [النفقة/دعم الأطفال] \$ _____
5. Retirement Benefits [الراتب التقاعدي] \$ _____
6. Supplemental Income from any other source [family, sponsorship, etc] [مصدر مساعد من اي جهة اخرى (عائلي، تبني، الخ)] \$ _____
7. Household Income/Resources not previously identified [الدخل العائلي/مصادر اخرى لم تذكر] \$ _____

Are you a U.S. citizen? [هل انت مواطن امريكي؟]

Yes نعم No/لا

If not, what is your residency status? [اذا كان الجواب لا فما هو وضع اقامتك؟]

Are you a current resident of Lincoln or Lancaster County? [هل سكنك الحالي لنكن او مقاطعة لانكستر]

Yes/نعم No/لا

How long? ماهي المدة _____

What is your primary language? ماهي لغتك الاساسية؟ _____

Country of origin البلد الأصلي _____

Do you need an interpreter? هل أنت بحاجة الى مترجم

Yes/نعم No/لا

Interpreter's name اسم المترجم _____

Is the parent/or applicant applying for dental services a college or graduate student? هل الوالدين/أو مقدم الطلب الذي يتقدم بطلب للحصول على خدمات طب الأسنان هو طالب جامعي أو خريج / خريجة

Yes/نعم No/لا

Name of school اسم المدرسة _____

Is your spouse a college or graduate student? هل الزوج/الزوجة / طالب/طالبة/ خريج / خريجة؟

Yes/نعم No/لا

Name of school اسم المدرسة _____

Is the parent/or applicant on a visiting or student visa?

Yes/نعم No/لا

هل يحمل الوالدين /أو مقدم الطلب تأشيرة الزيارة أو تأشيرة الطالب؟

HEALTH OR DENTAL COVERAGE [الضمان الصحي أو الضمان للعلاج الأسنان]		Insurance company اسم شركة التأمين	Family members covered by the programs اسماء افراد العائلة الذين لديهم التغطية من هذه البرامج
Do you or anyone within your household receive Medicaid, Kids Connection, or Aid to Dependent Children? هل تتلقى او اي شخص من افراد اسرتك مساعدة طبية, برنامج معونة الطفل او مساعدة طفل معاق؟	Yes/نعم No /لا		
Are you or your family covered by Health Insurance? هل انت او احد افراد العائلة لديه الضمان الصحي	Yes/نعم No /لا		
Are you or your family covered by Dental Insurance? هل انت او احد افراد العائلة لديه الضمان لمعالجة الأسنان؟	Yes/نعم No /لا		

LIST ALL MEMBERS IN HOUSEHOLD [اسماء جميع افراد العائلة]

Name [الاسم]	Relationship [العلاقة]	Date of birth [تاريخ الميلاد]	Age [العمر]	Race -use list below الأصل استعمل القائمة التي في الأسفل	Hispanic/Latina Ethnicity العرق اللاتيني الآسيوي	Medicaid number رقم المديكيد
1.					Yes/نعم_ No/لا	
2.					Yes/نعم -No/لا	
3.					Yes/نعم -No/لا	
4.					Yes/نعم -No/لا	
5.					Yes/نعم -No/لا	
6.					Yes/ نعم -No /لا	
7.					Yes/نعم_ No/لا	
8.					Yes/نعم_ No/لا	
9.					Yes/نعم_ No/لا	
10.					Yes/نعم_ No/لا	

Race [الأصل] White [البيض]

Black/African American [السود/الأمريكان الأفريقيين]

American Indian/Native American [الأمريكان الهنود / الأمريكيين الأصليين]

Asian [آسيوي]

Hawaiian/Pacific Islander [سكان احد لجزر المحيط الأطلسي/هاواي]

Other [غير ذلك]

Immediate health concerns or problems [المشكلة أو مايتعلق بالصحة التي تحتاج الى علاج الآن]

Other comments [التعليقات الأخرى]

I declare that the above information is complete and accurate. I understand that any information falsely reported can result in a re-evaluation of eligibility for services and possible dismissal from the dental clinic. أنا أقر أن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة ودقيقة. وأدرك أن أي معلومات تقدم بشكل خاطئ يمكن أن تؤدي إلى إعادة تقييم الأهلية للحصول على الخدمات واحتمال الفصل من عيادة الأسنان

Print Name [اكتب الاسم]

Signature [التوقيع]

Date [التاريخ]

For office use only [تعبأ من قبل الدائرة فقط]

Total Yearly Gross Income Reported for Household \$ _____ Client Fee Step _____

Staff Comments _____

Revised 6/2024