

CORAL GABLES CHILDREN'S DENTAL CLINIC APPLICATION

1092 Galiano Street, Coral Gables, FL 33134-6536

Telephone: 305-448-6536

**The application must be completed in its entirety to be considered as a candidate.
La solicitud debe ser completada en su totalidad para ser considerado como candidato.**

PLEASE PRINT: Por favor escriba en letra de molde:

Last/Apellido

First/Nombre

Child's Name:/Nombre del niño: _____

School/Colegio: _____

Grade/Grado: _____ Today's Date/Fecha de hoy: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____

Residence Address/dirección de residencia: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Phone/teléfono: _____

Father's Name/Nombre y Apellido Del Padre _____

Occupation/Ocupacion: _____ Salary/Salario _____

Employer's Address/Dirección del Trabajo: _____

Employer's Telephone to verify employment /Teléfono del trabajo para verificar el empleo :

Number of years at present job?/ ¿Número de años en el trabajo? _____

What current insurance plan do you have through work? /¿Qué plan de seguro actualmente tiene usted a través del trabajo? _____

Mother's Name/Nombre y Apellido de la Madre _____

Occupation/Ocupación: _____ Salary/Salario: _____

Employer's Address/Dirección del Trabajo: _____

Employer's Telephone to verify employment /Teléfono del trabajo para verificar el empleo

Number of years at present job?/Número de años en el trabajo ? _____

What current insurance plan do you have through work? /¿Qué plan de seguro actualmente tiene usted a través de su trabajo? _____

Brothers & Sisters (Name and Age) / Hermanos y Hermanas (nombre y edad):

Do you own your home or rent?/¿Es dueño de su casa o alquila? _____

How long?/¿Por cuánto tiempo? _____ Monthly payments?/ pagos mensuales _____

Family Debts/deudas de la familia :

Do you have a clinic card from public health? (J.M.H.)/¿Tiene tarjeta de la clínica de salud pública?

Previous assistance from social agencies (Name and year)/Asistencia anteriores de agencias sociales: (Nombre y año): _____

What is your present dental problem?/¿Cuál es su actual problema dental?

How did you hear about the Coral Gables Children's Dental Clinic? ¿Cómo se enteró de la Clínica Dental de Niños Coral Gables?

REQUIREMENTS AND GUIDELINES

The Coral Gables Children's Dental clinic was founded by the Coral Gables Woman's Club in 1939. The clinic has been operated and funded solely by the club since that year. The purpose of the Clinic is to provide quality dental care to children of low income families in Miami-Dade County whose parents work hard, but cannot afford the costly dental care.

REQUIRED DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH APPLICATION:

Proof of income – one or more below items required:

W-2 Form

Copy of latest Federal Income Tax Return (1040)

Proof of Florida residence

Driver License
Light Bill
Mortgage or Rent receipt

Parent or Legal Guardian **MUST** accompany patient on all visits to the Clinic. If parents cannot be present an adult responsible for patient must have **NOTORIZED** permission from parent. Patients seen are children up to the age of 18. Patients must be a **FULL-TIME** student and if over the age of 15 **MUST** provide proof of enrollment in a high school. All appointments must be kept. If you must cancel, please do so 48 hours in advance, otherwise there will be a 30 day waiting period for next available appointment. Three no-shows can result in dismissal as a patient.

No incomplete applications will be accepted. Please answer all questions and submit all documents.

REQUISITOS Y REGLAS

La Clínica Dental de Niños fue fundada por el Club de Mujeres de Coral Gables en 1939. La clínica ha sido operada y financiada exclusivamente por el club desde ese año. El objetivo de la clínica es proveer cuidado dental de calidad a los niños de escasos recursos del Condado Miami-Dade, cuyos padres trabajan por su sustento pero no pueden pagar el tratamiento dental.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SER PRESENTADOS CON LA APLICACIÓN:

Prueba de ingresos:

Copia de la forma W-2
Copia de su ultimo Impuesto Federal (1040)

Prueba de residencia en Florida:

Licencia de Conducir
Copia del recibo de luz (FPL)
Copia su pago de alquiler o hipoteca

Padre o representante legal debe acompañar al paciente en todas las visitas a la clínica. Si no puede estar presente el padre con el paciente debe autorizar un adulto con permiso **NOTARIZADO**. Los pacientes deben ser estudiantes de **TIEMPO COMPLETO** y con una edad máxima de 18 años. Le pedimos que mantengan todas las citas. Si debe cancelar, por favor hágalo con 48 horas de anticipación, de lo contrario se le asignara su próxima cita 30 días después. Tres ausencias pueden resultar en pérdida del cupo del programa.

No se aceptarán ninguna aplicación incompleta. Por favor responda todas las preguntas y entregue todos los documentos necesarios.

Proof of income	Prueba de ingresos	Yes/Si	No
W-2 Form	Copia de la forma W-2		
Copy of latest Federal Income Tax Return	Copia de su ultimo Impuesto Federal (1040)		
Proof of Miami-Dade residence	Prueba de residencia en Miami-Dade		
Copy of Social Security Card and Driver License	Copia de la tarjeta de Seguro Social y Licencia de Conducir	Yes/Si	No
Light Bill	Copia de su pago de luz (FPL)		
Mortgage or Rent receipt	Copia de su pago de alquiler o hipoteca		

I hereby request this child be given dental assistance by and in the GFWC Coral Gables Woman's Club Dental Clinic and give my permission for any dentist employed there to prescribe drugs and to perform any dental procedure, using local anesthesia, that he/she deems necessary. I have read the guidelines listed above and agree to abide the guidelines.

Por lo presente solicito que este niño reciba asistencia dental por y en la Clínica Dental del Coral Gables Club de Mujeres y autorizo que cualquier dentista recete medicamentos y realice cualquier procedimiento dental y necesario con anestesia local, según su consideración. He leído las directrices mencionadas y acuerda respetar las directrices.

I have read the guidelines required by the dental clinic and agree to abide by them. He leído las normas establecido por la clínica dental y estoy de acuerdo en respetarlas.

Signature of Parent/Guardian/Firma del Padre Guardián

X _____

Referred by/Referido Por: _____

Phone #/ número de teléfono: _____