

## PARA CALIFICAR USTED NECESITA

- Actualmente vive en Idaho
- Tener entre 26 y 34 años, o más de 60
- Tener ingresos combinados del hogar como se indica en el cuadro de ingresos (consulte el reverso)
- Presente **constancia de sus ingresos**
- Que pueda viajar de forma independiente al consultorio dental para recibir tratamiento dentro de los 60 días de la aceptación en el programa

### No tener otros beneficios dentales



#### TENGA EN CUENTA:

- (Si tiene aseguranza dental y se inscribe en el programa, las reglas nos obligan a cancelar su participación inmediatamente y no reembolsar sus reclamos.)
- Si tiene beneficios dentales preventivos incluidos en su plan médico sin una opción de "exclusión voluntaria", aún puede calificar para nuestro programa.

## PARA APLICAR

1. Llene y firme la solicitud
2. Incluir una copia del comprobante de ingresos:
  - Las primeras dos páginas de sus impuestos
  - Formulario W-2 más reciente
  - Comprobante de pago más reciente
  - Estado de cuenta
  - Carta de concesión del Seguro Social o Asuntos de Veteranos
  - Formulario consolidado-1099
3. Incluya una copia de su resumen de beneficios dentales si tiene beneficios dentales preventivos incluidos en su plan médico.
4. Envíe su solicitud y la constancia de sus ingresos por correo a:

**Delta Dental of Idaho Community Outreach**  
**555 E Parkcenter Blvd.**  
**Boise, ID 83706**  
**Fax: 208-488-7772**

**Si más de una persona de su hogar está presentando una solicitud, puede enviar las solicitudes completadas y los formularios juntos**

## ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre:	Inicial:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de Seguro Social:		Número de teléfono: (con código de área)	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Número de personas en su hogar:	Ingresos brutos mensuales del hogar:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Esta actualmente con Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Está registrado en Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Si marco SI, ¿tiene Medicare Advantage - parte C? \*Favor de incluir una copia de su resumen de beneficios dentales con la solicitud  
 Si\*  No

Ahora solicito cobertura a través del programa Delta Dental *GrinWell for You*. Entiendo que la aceptación de la solicitud por parte de Delta Dental solo se aplica si cumplo con los requisitos de elegibilidad, entre ellos, no tener otros beneficios dentales, excepto los beneficios dentales preventivos incluidos en el plan médico sin una opción de "exclusión voluntaria".

Si me aceptan, entiendo que:

- Solo se proporcionara la cobertura de \$1,850 por los servicios disponibles bajo el programa *GrinWell for You* y que soy responsable de todo servicio que acepto y que no esté cubierto por el programa. . (Por favor, trabaje con su dentista para asegurarse de que sus servicios estén cubiertos.)
- La cobertura de \$1,850 será proporcionada por un periodo de inscripción de 12 meses
- Debo consultar con un dentista participante dentro de los 60 días de haber sido aceptado para el programa

Por este medio certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verídica y correcta según mi mejor conocimiento.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

## Cuadro de Ingresos

Límites de ingresos del hogar		
Número de personas en el hogar	Límites de ingresos brutos anuales	Límites de ingresos brutos mensuales
1	\$33,885 o menos	\$2,824 o menos
2	\$45,990 o menos	\$3,833 o menos
3	\$58,095 o menos	\$4,841 o menos
4	\$70,200 o menos	\$5,850 o menos
Para los hogares con más de 4 personas añada \$12,105 al año o \$1,009 al mes para cada persona adicional.		

### RECORDATORIOS

Programa de duración de un año, no renovable.

Se aplican los límites de frecuencia normales (p. ej., limpiezas cada 6 meses).

El programa está diseñado para cubrir determinados procedimientos. Colabore con su proveedor dental para asegurar que el tratamiento que reciba es un beneficio cubierto.

El número de personas en el hogar incluye a usted, su cónyuge y sus dependientes.

Los ingresos del hogar incluyen todos los ingresos del año:

- Formulario W-2 más reciente
- Comprobante de pago más reciente
- Estado de cuenta
- Carta de concesión del Seguro Social o Asuntos de Veteranos
- Formulario consolidado-1099

Se requiere constancia de los ingresos brutos del hogar. Sus ingresos brutos son ingresos totales antes de impuestos o deducciones.

¿Si el programa de *GrinWell for You* está lleno, quisiera estar en una lista de espera?

Si

No

¿Cómo escucho de este programa? \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, llame al 1-866-894-3563

Delta Dental of Idaho cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-(800) 356-7586.

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-(800) 356-7586.

**Solo para uso de la oficina**

Fecha elegible:

Motivo de inelegibilidad:

Fecha: