DIVISIÓN DE SALUD DEL CONDADO DE OAKLAND
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DENTAL
1200 N. Telegraph Road, Bldg. 34 East
Pontiac MI 48341
(248) 858-1306
(888) 350-0900 ex 81306 Línea gratuita

LEA ATENTAMENTE:
El Programa Dental del Condado de Oakland está disponible para adultos y menores que residen en el Condado de Oakland y no tienen seguro dental.

Los veteranos militares con una tarjeta de identificación de veterano válida, una prueba de residencia en el Condado de Oakland y sin seguro dental actual califican para el Programa Dental.

Para todas las demás personas, la elegibilidad se basa en los ingresos totales del hogar y el número de miembros de la familia. Los solicitantes sin ingresos tendrán que presentar junto con esta solicitud una prueba de que Medicaid fue denegado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Se le notificará por correo su elegibilidad y los siguientes pasos para la inscripción.

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

NOMBRE: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

RESIDENCIA: _____
(Nro. y calle) (Ciudad) (Código postal)

TELÉFONO: _____
(Hogar) (Celular) (Otro)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐Transgénero

Raza: (con la que más se identifique)
☐Indio americano o nativo de Alaska
☐Asiático
☐Negro o africano americano
☐Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
☐Blanco o caucásico
☐Otra

Etnia 1:
☐Hispano o latino
☐No hispano o latino

Etnia 2:
☐Descendencia árabe
☐Descendencia no árabe

VER REVERSO

La División de Salud del Condado de Oakland no negará la participación en sus programas por motivos de raza, sexo, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Se aplican requisitos de elegibilidad estatales y federales a ciertos programas.

ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN CON USTED (de ser necesario, adjunte una hoja adicional)

APELLIDO	NOMBRE	VÍNCULO	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	¿SEGURO DENTAL? SÍ/NO	INGRESO MENSUAL
		SOLICITANTE			

- Los **<u>veteranos militares</u>** deben adjuntar una copia de su tarjeta de identificación de veterano y una prueba de residencia en el Condado de Oakland (licencia de conducir, documento de identidad con fotografía del estado de Michigan, factura de servicios públicos con su nombre y dirección, etc.)

Los **<u>solicitantes que no son veteranos</u>** deben adjuntar lo siguiente:

1. Copia del Formulario 1040 de Impuestos Federales más reciente (solo páginas 1 y 2)
   ☐ Estaba exento de presentar la Declaración de Impuestos Federales
2. Prueba de los ingresos totales del último mes de todos los miembros de la familia*, por ejemplo:
   - Nóminas laborales
   - Declaraciones de desempleo
   - Prestaciones de seguridad social o SSI
   - Otros ingresos de jubilación (pensiones, cuentas individuales, rentas vitalicias)

***Nota: A partir de 2026, los candidatos Veteranos que deseen aplicar a el programa dental de Oakland county, requieren prueba de ganancias economicas.**

3. Prueba de residencia en el condado de Oakland (licencia de conducir, documento de identidad con fotografía de Michigan, factura de servicios públicos con su nombre y dirección, etc.)

La División de Salud del Condado de Oakland no negará la participación en sus programas por motivos de raza, sexo, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Se aplican requisitos de elegibilidad estatales y federales a ciertos programas.

4. Si tiene un plan Medicare Advantage con cobertura dental, incluya una copia de la declaración de prestaciones dentales.

Si no es veterano militar y no tiene ingresos, incluya una carta de determinación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan en la que se indiquen los beneficios aprobados o denegados.

Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle más aclaraciones o información adicional.

Al firmar a continuación, da fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

Firma del solicitante_____ Fecha: _____

La División de Salud del Condado de Oakland no negará la participación en sus programas por motivos de raza, sexo, religión, origen nacional, edad o discapacidad. Se aplican requisitos de elegibilidad estatales y federales a ciertos programas.