

PARA CALIFICAR USTED NECESITA

- Actualmente vive en Idaho
- Tener 60 años o más
- 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
 - Su formulario W-2 más reciente
 - Carta de adjudicación del seguro social
 - Estado de cuenta de pensión o intereses
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:

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: M/F	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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 cumpla 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

¿Preguntas? Llámenos sin cargo al 1-866-894-3563

(Continúa)

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	\$30,578 o menos	\$2,548 o menos
2	\$41,198 o menos	\$3,433 o menos
3	\$51,818 o menos	\$4,318 o menos
4	\$62,438 o menos	\$5,203 o menos

Para los hogares con más de 4 personas añada \$10,620 al año o \$885 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, como su salario del trabajo, beneficios del seguro social, ingresos de pensiones, cualquier pago por discapacidad, cualquier ingresos por alquiler de inmuebles, inversiones, etc.

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? _____

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: