

قسم الصحة في مقاطعة أوكلاند
طلب للانضمام إلى برنامج طب الأسنان
1200 N. Telegraph Road, Bldg. 34 East
Pontiac MI 48341
(248) 858-1306
81306 رقم مجاني (888) 350-0900

يُرجى القراءة بعناية:

إنّ برنامج مقاطعة أوكلاند لطب الأسنان متاح للبالغين والأطفال الذين يقيمون في مقاطعة أوكلاند ولا يملكون تأميناً على الأسنان

يتأهل المحاربون القدامى العسكريون الذين يحملون بطاقة هوية محارب قديم صالحة من وزارة شؤون المحاربين القدامى، وإثبات بالإقامة في مقاطعة أوكلاند، ولا يملكون تأميناً حالياً على الأسنان، للمشاركة في برنامج طب الأسنان هذا.

بالنسبة إلى الآخرين، تستند الأهلية إلى دخل الأسرة الإجمالي وعدد أفراد العائلة. يحتاج مقدّمو الطلب الذين ليس لديهم دخل إلى تقديم إثبات مع الطلب بأنه قد تم رفض مشاركتهم في برنامج ميديكيد (Medicaid) من قبل إدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان. سيتم إبلاغك عبر البريد بشأن أهليتك والخطوات التالية للتسجيل.

يُرجى إكمال المعلومات التالية

الاسم:

(الشهرة) (الاسم الأول) (الحرف الأول من اسم الأب)

المسكن:

(الرقم والشارع) (المدينة) (الرمز البريدي)

رقم الهاتف:

(المنزل) (الخليوي) (غير ذلك)

تاريخ الميلاد:

الجنس: أنثى ذكر متحول جنسياً

العرق: (الذي تعتبره الأكثر تطابقاً للتعريف عنك)

هندي أمريكي/من سكان الأسكا الأصليين

آسيوي

أسود/أميركي من أصل إفريقي

من السكان الأصليين لجزر هاواي/جزر المحيط الهادئ

أبيض/قوقازي

غير ذلك

الإثنية 1:

هسباني/لاتيني

غير هسباني/لاتيني

الإثنية 2:

من أصول عربية

من أصول غير عربية

انظر إلى الصفحة الخلفية

لن يرفض قسم الصحة في مقاطعة أوكلاند المشاركة في برامجه على أساس العرق، الجنس، الدين، الأصل القومي، السن أو الإعاقة. تنطبق متطلبات الأهلية الحكومية والفيدرالية على برامج معينة.

يُرجى ذكر كافة أفراد العائلة الذين يعيشون معك (تجد صفحة إضافية مرفقة إذا لزم الأمر)

الشهرة	الاسم الأول	العلاقة التي تربطه بك	عيد الميلاد الشهر/اليوم/السنة	تأمين على الأسنان؟ نعم/كلا	الدخل الشهري
		الذات			

- يُرجى من **المحاربين القدامى العسكريين** إرفاق نسخة عن بطاقة هوية المحارب القديم الخاصة بهم وإثبات بالإقامة في مقاطعة أوكلاند (رخصة قيادة، بطاقة هوية من ولاية ميشيغان مع صورة، فاتورة خدمات عامة تحمل اسمك وعنوانك، إلخ).

لمقدمي الطلب غير المحاربين القدامى، يرجى إرفاق ما يلي:

1. نسخة عن استمارة ضريبة الدخل الفيدرالية رقم 1040 الأحدث الخاصة بهم، الصفحتان 1 و 2 فقط كنت معفياً من تقديم إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية
2. إثبات بالدخل الإجمالي للشهر الماضي لكافة أفراد العائلة، مثل:
 - بيانات أجر العمالة
 - بيانات البطالة
 - منافع الضمان الاجتماعي و/أو دخل الضمان التكميلي (SSI)
 - مداخيل التقاعد الأخرى (المعاش التقاعدي، حساب التقاعد الفردي، المعاشات السنوية)
3. إثبات بالإقامة في مقاطعة أوكلاند (رخصة قيادة، بطاقة هوية من ولاية ميشيغان مع صورة، فاتورة خدمات عامة تحمل اسمك وعنوانك، إلخ).
4. إذا كنت مشاركاً في خطة Medicare Advantage مع خدمات طب الأسنان، أرفق نسخة عن بيان منافع طب الأسنان.

إذا لم تكن من المحاربين القدامى العسكريين وليس لديك أي دخل، يُرجى إرفاق خطاب قرار صادر عن إدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان يظهر المنافع الموافق عليها أو المرفوضة.

قد نتصل بك لنحصل على توضيحات أو معلومات إضافية.

من خلال التوقيع أدناه، تشهد على أنّ المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة.

توقيع مقدم الطلب _____ التاريخ: _____