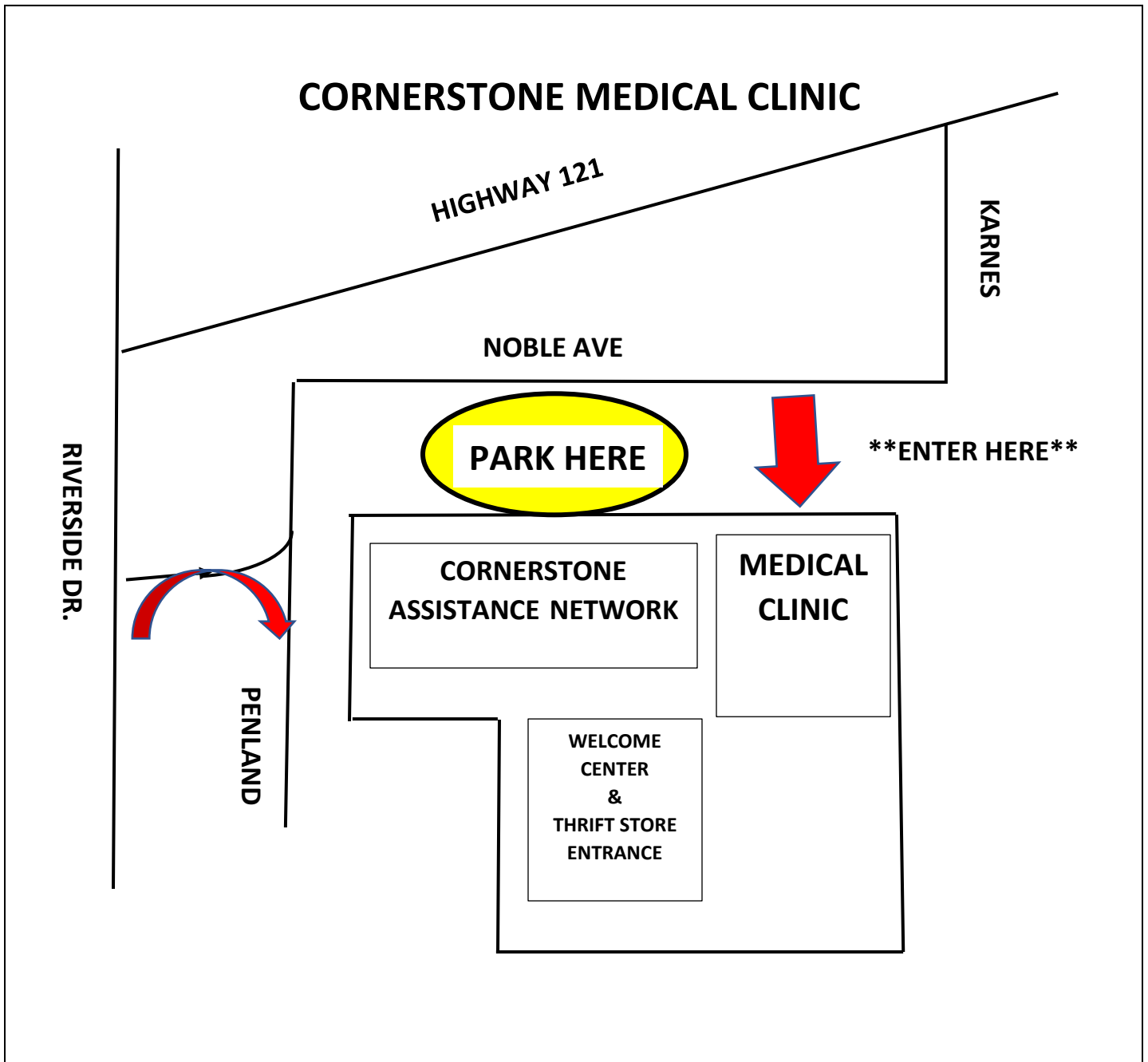




3500 Noble Avenue, Ft Worth, TX 76111





Cornerstone Dental / Medical Clinic

3500 Noble Ave. | Fort Worth, Texas 76111

Who can qualify?

Must be a Tarrant County Resident, No Insurance and fall below 200% of the Federal Poverty Level.

What will I need to apply?

Proof of ID, Proof of Tarrant County Residence and Proof of Income

Proof of ID

Must provide **ONE** of the following:

- Valid Drivers' License or State Issued ID Card
- Permanent Resident, Consular or Passport Card
- TDJC Card
- TCHC or Homeless Shelter ID Card
- Bus ID Card

Proof of Tarrant County Residence

Must provide **ONE** of the following:

- Utility bill with patient's name and address
- Agency letter – Re-entry, New Lives, Family Services
- Rental/lease agreement with patient's name
- Mortgage Statement
- Insurance Document
- Letter from Government Agency

Proof of All Household Income

Must provide copies for all that apply:

- Check Stubs for the last 30 days for everyone living in the household over 18 years of age
- Current Award Letter for SSI, RSDI, VA, Social Security or TANF
- Employer Wage Verification - If paid in cash
- Unemployment Award Letter
- Workman's Compensation
- Proof of child support
- Current year Income tax information
- Verification of Assistance Form
- Government assistance (Food Stamps, also known as SNAP, Medicaid, or TANF)
- Government funded housing (Section 8)

How do I submit my application?

Completed applications can be dropped off at our office, faxed to (817) 632-6026, or emailed to dentalclinic@canetwork.org.

How long will the process take?

It typically takes 3-4 weeks to review your application, and schedule an exam appointment if you qualify.

¿Quién puede calificar?

Debe ser residente del Condado de Tarrant, No Seguro y caer por debajo del 200% del Nivel Federal de Pobreza.

¿Qué necesito para aplicar?

Prueba de identificación, Prueba de residencia del condado de Tarrant y Prueba de ingresos

Prueba de identificación

Debe proporcionar **UNA** de las siguientes opciones:

- Licencia de conducir válida o tarjeta de identificación emitida por el estado
- Tarjeta de residente permanente, Consular o Pasaporte
- Tarjeta TDJC
- Tarjeta de identificación TCHC o Refugio para Personas Sin Hogar
- Tarjeta de identificación del autobús

Prueba de residencia en Tarrant County

Debe proporcionar **UNA** de las siguientes opciones:

- Factura de servicios públicos con el nombre y la dirección del paciente
- Carta de la Agencia – Reingreso, Nuevas Vidas, Servicios Familiares
- Contrato de alquiler/arrendamiento a nombre del paciente
- Declaración Hipotecaria
- Documento de Seguros
- Carta de la Agencia Gubernamental

Prueba de ingresos del hogar

Debe proporcionar una de las siguientes opciones para todos los que se aplican:

- Talones de Cheque - los últimos 30 días para todas las personas que viven en el hogar mayores de 18 años
- Carta de adjudicación actual para SSI, RSDI, VA, Seguro Social o TANF
- Verificación salarial del empleador - Si se paga en efectivo
- Carta de Premio por Desempleo
- Compensación del trabajador
- Prueba de manutención infantil
- Año actual Información sobre el impuesto sobre la renta
- Formulario de verificación de asistencia
- Asistencia gubernamental (Estampillas, también conocidos como SNAP, Medicaid o TANF)
- Vivienda financiada por el gobierno (Sección 8)

Cómo envío mi solicitud?

Las solicitudes completadas se pueden llevar en persona a nuestra oficina, enviarse por fax al (817) 632-6026 o enviarse por correo electrónico a dentalclinic@canetwork.org.

¿Cuánto tiempo durará el proceso?

Por lo general, toma de 3 a 4 semanas para revisar su solicitud y programar una cita de examen si califica.

**RED DE ASISTENCIA CORNERSTONE
FORMULARIO DE ADMISIÓN**



Por favor, compruebe los servicios que está solicitando:

MEDICAL **VISION** **CATARACT** **DENTAL**

Información del Cliente

Nombre (Primero, Segundo, apellido):		Fecha:
Dirección Actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Cellular:
Correo Electrónico:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Contacto de emergencia:	Teléfono de contacto de emergencia:	

Cornerstone no discrimina por motivos de raza, sexo, género, edad, capacidad lingüística y lengua, estado civil, discapacidad y cualquier otra característica protegida por la ley.

Información Demográfica

Raza/Etnicidad		Ciudadanía:	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense	
<input type="checkbox"/> Negro / Afro-Americans	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Elegible, no ciudadano	
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> No elegible, no ciudadano	
Sexo:	Veterano:	Discapacitado:	Bilingüe:
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
Estado civil:		Nivel de Educación:	
<input type="checkbox"/> Soltero/Nunca Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Preparatoria/ GED
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ asociados	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Grado avanzado	<input type="checkbox"/> Otro _____

Información del hogar

Estado de Empleo:		Ingresos anuales:		Fuentes de ingresos:	
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Trabajadores	<input type="checkbox"/> < \$10K	<input type="checkbox"/> \$21K-\$25K	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI
<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> \$11K-\$15K	<input type="checkbox"/> >\$26K+	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> TANF
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> \$16K-\$20K	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Pensión / Veterano	<input type="checkbox"/> Otro _____
Estado de la vivienda:			Transportación:		Cantidad de personas en el hogar::
<input type="checkbox"/> Propia Casa	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición	<input type="checkbox"/> Autobús	<input type="checkbox"/> A Pie	Niños (menos de 17): _____	
<input type="checkbox"/> Alquila	<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Vehículo personal		Adultos: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Te quedas con alguien?	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Paseo recibido			

Indique TODAS las personas que viven actualmente en su hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Relación
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Programas

Por favor clasifica su nivel actual de necesidad (círculo uno):

1 No necesito ayuda	2	3 Recursos y referencias	4	5 Cualquiera y todos los servicios
-------------------------------	----------	------------------------------------	----------	--

¿Qué beneficios principales ha solicitado o participado (marque todo lo que corresponda)?

<input type="checkbox"/> SSI/ SSDI	<input type="checkbox"/> JPS Connection	<input type="checkbox"/> Asistencia educativa	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Estampillas de comida	<input type="checkbox"/> Section 8 Housing	<input type="checkbox"/> Workers Comp.	<input type="checkbox"/> Texas Workforce	<input type="checkbox"/> ACA Marketplace

Ingresos recibidos de cualquier fuente en los últimos 30 días: Beneficios no monetarios recibidos en los últimos 30 días :

Fuente de ingreso :	Cantidad mensual :	Tipo de beneficios :	Cantidad mensual :
Empleo :		Estampillas de comida	
Desempleo		Medicaid	
Seguridad Social		Medicare	
SSI/ SSDI		CHIP	
Beneficios de Veteranos		VA Medical services	
Worker's comp		Section 8, Public Housing	
Pensión alimenticia / manutención infantil		Other:	
TANF			

Otras fuentes : **¿Necesita documentos críticos?**

<input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación válida
<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro Social	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento
<input type="checkbox"/> Residente permanente	<input type="checkbox"/> TDCJ/TCHC

Gastos mensuales : **¿Está usted buscando cualquiera de los siguientes servicios?**

Tipo de Gastos:	Cantidad mensual :		
Renta/Pago de casa		¿Está usted buscando cualquiera de los siguientes servicios?	
Electricidad		Servicios de adicción :	<input type="checkbox"/> Si
Agua			<input type="checkbox"/> No
Gas		Servicios de educación	<input type="checkbox"/> Clases de GED
Cable/Internet		<input type="checkbox"/> Clases de computación	<input type="checkbox"/> Clases de ESL
Seguro de Carro		Recursos espirituales	<input type="checkbox"/> Biblia
Pago de Carro		<input type="checkbox"/> Iglesia	<input type="checkbox"/> Oración
Gasolina		Situaciones familiares	<input type="checkbox"/> Educación Financiera
Comida		<input type="checkbox"/> Servios de inmigracion	<input type="checkbox"/> Coaching
Cuidado de niños		<input type="checkbox"/> Apoyo emocional	<input type="checkbox"/> Asistencia legal
Manutención de ex/ de los hijos		<input type="checkbox"/> Servicios medicos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales
Seguro medico		<input type="checkbox"/> Oculista	<input type="checkbox"/> Consejería
Recetas medicas		Servicios de reingreso	<input type="checkbox"/> Trabajo
Otros gastos:		<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Transportacion
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento para entrevistas	<input type="checkbox"/> Servicios de curiculum vitae

Situaciones legales

<input type="checkbox"/> Condena por delito grave	<input type="checkbox"/> Caso abierto / pendiente	<input type="checkbox"/> Multas de tráfico/orden de arresto
<input type="checkbox"/> Condena de delito menor	<input type="checkbox"/> Probation/ Parole	<input type="checkbox"/> Casos civiles actuales

FIRMA DEL CLIENTE : **Individuo/Organización que lo refiero:**