



PATIENT APPLICATION PACKET

1 – Are you eligible?

To Be Eligible To Become a HealthLink Patient You Must:

- ✓ Be at least 18 years old
- ✓ Live in either Bucks County or Montgomery County
- ✓ Be employed (full-time, part-time, or seasonally) or be married to someone who is, and
- ✓ Earn within 250% of the Federal Poverty Guidelines (see the chart to the right)
- ✓ And not have dental insurance coverage.

2020 Household Income Limits

People in Household	Maximum Annual Household Income
1	\$31,900
2	\$43,100
3	\$54,300
4	\$65,500
5	\$76,700
6	\$87,900
7	\$99,100
8	\$110,300

2 – Gather these items.

If you meet these requirements, you are invited to fill out this application and call (215) 364-4247 to schedule an eligibility appointment. When you come to your eligibility appointment, please bring this application along with the following documents:

- Most recent 2 months of paystubs;
- Completed Federal tax return (Form 1040) & schedules, if applicable, for the current year;
- Proof of residency, such as a utility bill or signed rental lease; and
- Photo ID (driver's license, passport, or work ID).

3 – Call to schedule an eligibility appointment.

You MUST schedule an eligibility appointment before you can receive free dental care. (Walk-in's are not accepted.)

To schedule an appointment or if you have specific questions regarding your potential eligibility, please call (215) 364-4247.

Aplicar para ser un paciente

Cómo convertirse en un paciente

Si responde "sí" a estas preguntas, puede calificar para atención dental gratuita:

1- ¿Eres elegible?

- ¿Tiene 18 años de edad o más?
- ¿Vive usted en el Condado de Bucks o en el Condado de Montgomery?
- ¿Está usted o su cónyuge empleado (tiempo completo, tiempo parcial o temporada)?
- ¿Su familia gana dentro del 250% de las Pautas Federales de Pobreza? (Ver tabla a la derecha)

Límites de ingresos del hogar 2020

Personas en el hogar	Ingreso anual máximo del hogar
1	\$31,900
2	\$43,100
3	\$54,300
4	\$65,500
5	\$76,700
6	\$87,900
7	\$99,100
8	\$110,300

2- Reúne estos artículos:

En su cita de elegibilidad, se le pedirá que traiga con usted:

- Los últimos 2 meses de pago;
- Declaración de impuestos federal completada (Formulario 1040) y horarios, si corresponde, para el año en curso;
- Prueba de residencia, como una factura de servicios públicos o un contrato de alquiler firmado; y
- Identificación con foto (licencia de conducir, pasaporte o ID de trabajo).

3- Llame para programar una cita de elegibilidad

Debe programar una cita de elegibilidad antes de poder recibir atención dental gratuita. (No se aceptan visitas). Para programar una cita o si tiene preguntas específicas sobre su posible elegibilidad, llame al (215) 364-4247.



1775 Street Road
Southampton, PA 18966
215-364-4247

APPLICATION FOR ELIGIBILITY/APLICACIÓN PARA ELEGIBILIDAD

Date/Fecha De Hoy: ___/___/___

ACCT# _____

GENERAL INFORMATION (Please Print)/INFORMACIÓN GENERAL (Por Favor escriba en letra de molde)

Name/Nombre: _____

Date Of Birth/Fecha De Nacimiento: _____

Address/Dirección: _____ Apartment #/Apartamento _____

City /Ciudad: _____ State/Estado: _____

Zip Code/Código Postal: _____ County/Condado: Bucks or Montgomery

Home Telephone Number/Número De Teléfono residencial: _____

Cell Phone Number/Número De Celular: _____

Email Address / Dirección de correo electrónico _____

Name of emergency contact/Nombre de Contacto en caso de una emergencia: _____

Relationship/Relación: _____ Telephone number/Número de teléfono _____

Were you referred to us? If so, by whom? (Circle One) /¿Fue referido a Healthlink? Si es así, ¿por quién? Un circulo

BCHIP (Bensalem) Ann Silverman Clinic (Doylestown) Abington Other: _____

How did you hear about HealthLink? ¿Cómo se enteró de HealthLink? _____

DENTAL INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DENTAL

Do you have dental insurance?/ ¿Tiene seguro dental?..... Yes/Sí No

EMPLOYMENT INFORMATION/INFORMACION DE EMPLEO

Applicant/aplicante

Name of Employer/Nombre Del Empleador: _____

Occupation/Ocupación: _____

Length of Employment/Cuanto tiempo trabaja en esa compañía: _____

Full-time/ Tiempo completo Part-time/ Medio tiempo

Number of hours per week/Cuantas horas trabaja semanalmente: _____

Hourly rate/Cuanto gana por hora: \$ _____

Spouse/Esposa o Esposo

Name of Employer/Nombre Del Empleador: _____

Occupation/Ocupación: _____

Length of Employment/ Cuanto tiempo trabaja en esa compañía: _____

Full-time/Tiempo completo

Part-time/Medio tiempo

Number of hours per week/ Cuantas horas trabaja semanalmente: _____

Hourly rate/ Cuanto gana por hora: \$ _____

FINANCIAL INFORMATION

Please complete all that apply using monthly figures. / Por favor complete todos que aplican a usted utilizando cifras mensuales.

1. Do you own your home?/ ¿Es dueño de su propia casa? Yes/Sí No

2. Did you file a Federal income tax return last year?/¿En el año pasado usted hizo su reporte de impuestos federales? Yes/Sí No

Sex/Ethnic Origin Statement – Completing this section of the form is OPTIONAL. HealthLink welcomes patients of all backgrounds. This information will be used for statistical purposes only. *Completar esta parte de la aplicación es OPCIONAL. Health Link Medical Center brinda su atención a pacientes de todos los orígenes. Esta información es utilizada solo para fines estadísticos.*

Gender/Género: Male/Hombre Female/Mujer

Ethnic Origin/Origen Étnico: Black Hispanic White(not Hisp.) Asian/Pacific Islander Indian Other

Marital Status/Estado Civil: Married/Casada Widowed/Viuda Divorced/Divorciada Single/Soltera
 Seperated /Separada

Country of Birth/Pais de Nacimiento: _____

Certification

I certify that the information on this application and the financial information provided is correct. I give permission to verify income from any or all of the sources provided. I understand that any false statement with regard to my finances, dependents, address, place of employment, insurances and who resides in my household will be cause for denial of services and dismissal from HealthLink services permanently. I understand that if I meet HealthLink's initial eligibility criteria I will be contacted to schedule an eligibility confirmation appointment. At the confirmation appointment, which I must be present for, I will receive final determination of my acceptance as a HealthLink patient. I know that a dental appointment can only be made at the completion of a satisfactory confirmation appointment. I must have a physical and blood work before I can obtain a dental appointment.

Certificación

Yo certifico que la información en esta solicitud y la información financiera proporcionada es correcta. Yo doy permiso para verificar el ingreso de cualquiera o de todas las fuentes provistas. Entiendo que cualquier declaración falsa en relación con mis finanzas, cargo, dirección, lugar de empleo, seguros y residentes en mi hogar será causa de negación de servicios y el despido de los servicios de HealthLink permanentemente. Yo entiendo que si reúno todos los requisitos de elegibilidad inicial de HealthLink, me contactaran para programar una cita de confirmación de elegibilidad. En la cita de confirmación, en la que debo estar presente, voy a recibir la confirmacion final de mi aceptación como paciente de HealthLink. Sé que una cita con el dental sólo se puede luego de la cita de confirmacion de elegibilidad. Tambien debo hacerme un examen físico y análisis de sangre antes de que pueda obtener una cita con el dentista.

Applicant Signature/Firma del solicitante

Date/Fecha



PATIENT ATTENDANCE POLICY

- You must arrive on time
- Call 24 hours in advance to cancel or reschedule an appointment.
- Three “NO SHOWS” and you forfeit your services at HealthLink.
- Call or leave a message if you are running late or have an emergency that will cause you to miss your appointment.
- More than 15 minutes late, your appointment will be rescheduled.
- ONE “no show” to an appointment, and you will be unable to make another appointment for 6 months.

I, _____, agree with, understand, and accept HealthLink Dental Clinic’s Patient Attendance Policy.

Patient signature

Date

POLÍTICA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- Usted debe llegar a tiempo
- Llame a las 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.
- Tres “NO SHOWS” y usted perderá sus servicios en HealthLink.
- Llame o dejar un mensaje si se está ejecutando, o si tiene una emergencia que le hará falta a su cita.
- Más de 15 minutos de retraso, la cita será reprogramada.
- UNO NO presentarse a una cita dental no podrá hacer otra cita para 6 meses.

Yo, _____, de acuerdo con, entender y aceptar la Política de Asistencia Paciente HealthLink Dental Clinic.

Firma del paciente

Fecha

PATIENT RESPONSIBILITIES

- I will be courteous to HealthLink's staff and volunteers.
- I agree and understand that any false statement with regard to my finances, dependents, address, place of employment, insurance and who resides in my household will be cause for immediate dismissal from HealthLink **permanently**.
- I agree to notify HealthLink immediately of any changes with regard to finances, dependents, address, place of employment, insurance, phone numbers and who resides in my household.
- I understand that I must provide a tax return and paystubs each year to maintain my eligibility. If I fail to provide the required documentation, I will be unable to make any appointments or receive any medications.
- I agree to keep all scheduled appointments. I have read and understand HealthLink's attendance policy. I must provide 24 hours cancellation notice. If I fail to provide 24 hour notice for 3 appointments I will forfeit my right to services.
- I agree I will not come to the clinic under the influence of illegal drugs or alcohol. I understand there are no narcotics at HealthLink.
- I understand HealthLink respects my privacy and will not make appointments or discuss any aspect of my care with anyone other than myself, unless I have provided HealthLink with written permission.

Patient signature

Date

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Seré cortés con el personal de HealthLink y voluntarios.
- Estoy de acuerdo y entiendo que cualquier declaración falsa en relación con mis finanzas, cargo, dirección, lugar de empleo, seguro y de los residentes en mi hogar será causa de descalificación inmediata de HealthLink permanentemente.
- Estoy de acuerdo con notificar a HealthLink inmediatamente de cualquier cambio con respecto a las finanzas, cargo, dirección, lugar de trabajo, números de teléfono de seguros y de los residentes en mi hogar.
- Yo entiendo que debe proporcionar una declaración de impuestos y recibos de pago de cada año para mantener mi elegibilidad. Si no llego a presentar la documentación necesaria, voy a ser negada la opción de tener citas para recibir cualquier medicamento.
- Estoy de acuerdo en mantener todas las citas programadas. He leído y entiendo la política de asistencia de HealthLink. Tengo que dar aviso de cancelación 24 horas previas a la cita. Si no se realiza la cancelación de citas con 24 horas de anticipación de 2 citas médicas o en una cita con el dentista voy a perder mi derecho a los servicios de HealthLink.
- Estoy de acuerdo en que no vendre a la clínica, bajo la influencia de drogas ilegales o de alcohol. Yo entiendo que no hay narcoticos en HealthLink.
- Entiendo que HealthLink respeta mi privacidad y no hara citas o discutira ningún aspecto de mi cuidado medico con nadie más que yo, a menos que lo haya autorizado a HealthLink con un permiso por escrito.

Firma Del Paciente

Fecha



CONSENT TO DENTAL TREATMENT

Patient Name: _____ DOB: _____

I consent to receive dental services provided by HealthLink Dental Clinic. Dentists, Dental Hygienists, and other dental providers who may be volunteers or students at local educational institutions provide services.

I understand that many of the dentists who volunteer at HealthLink Dental Clinic do so under a Pennsylvania Volunteer Dental License. Dentists who carry volunteer dental licenses in Pennsylvania are not required to carry individual malpractice or professional liability insurance. Our professional volunteers, who are credentialed and deemed under the FTCA, are provided exclusive remedies for dental care found to be grossly negligent.

Thank you for entrusting your dental services to HealthLink Dental Clinic.

Patient Signature _____
Date

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento dental de los servicios prestados por el HealthLink Dental Clinic. Dentistas, higienistas dentales y otros proveedores de atención de la salud que pueden ser voluntarios o estudiantes en las instituciones educativas locales prestación de servicios.

Yo entiendo que muchos de los dentistas que se ofrecen en el HealthLink hacerlo bajo una licencia de Voluntariado Dental de Pennsylvania. Los denistas que realizan voluntarios de licencias dental en Pennsylvania no están obligados a llevar a malas prácticas individuales o de seguro de responsabilidad profesional. Nuestros voluntarios profesionales, que están acreditados y que se considere en el marco del FTCA, se proporcionan los recursos exclusivos para la atención dental constató que una negligencia grave.

Gracias por confiarnos sus servicios de salud a HealthLink.

Firma de Paciente _____
Fecha

Addendum: I am unable to read the HealthLink Dental Clinic "Consent to Dental Treatment" as written above. The document was read and explained to me by:

Printed Name of Person Reading/Explaining: _____

Patient Signature _____
Date



Free Clinic Federal Tort Claims Act (FTCA) Program Notice to Patients

Dear HealthLink Patient:

At times you may be cared for by a volunteer Dentist or other professional volunteer. This letter is to notify you that under Federal law relating to the operation of free clinics, the Federal Tort Claims Act (FTCA), (See 28 U.S.C. §§1346 (b), 2401 (b), 2671-80) provides the exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related functions by any free clinic volunteer health care practitioner who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. This FTCA medical malpractice coverage applies to deemed free clinic volunteer health care practitioners who have provided a required or authorized service under Title XIX of the Social Security Act (i.e. Medicaid Program) at a free clinic site or through offsite programs or events carried out by the free clinic (See 42 U.S.C. § 233 (a), (o)).

Certain free clinic health care professionals providing health care services to patients at HealthLink may be covered by the above Federal law.

Acknowledged:

Patient Signature

Date

Free Clinic Federal Tort Claims Act (FTCA) Notificacion del Programa a los Pacientes

Estimado paciente de HealthLink:

Algunas veces sera atendido por un doctor voluntario dentist u otro voluntario medico. Esto es para informarle que bajo la ley federal relacionada a la operacion de clinicas, Federal Tort Claims Act (ACTP), (véase 28 USC 1346 (b), 2401 (b), 2671-80) constituye el único recurso por los daños causados por lesiones corporales, incluida la muerte, resultantes de la actuación de la medicina, las funciones de cirugía, odontología, o relacionados de cualquier profesional voluntario gratis de la clínica de salud que el Departamento de Servicios de Salud ha considerado como un empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura FTCA de mala practica medica aplica a los voluntaries de clinicas gratuitas que han proveido un servicio autorizado bajo el titulo XIX de el seguro social Act. (i.e) Medicaid Program) en una clinica gratuita o a traves de programas o eventos realizados por las clinicas gratuitas (Ver 42 U.S.C. § 233 (a), (o)). Algunos profesionales de la clínica de salud gratuita que prestan sus servicios de atención de salud a los pacientes en HealthLink pueden ser cubiertos por la ley federal explicada arriba.

Reconocido:

Firma Del Paciente

Fecha



MEDICATION LIST

Patient Name: _____

Account #: _____

Date of Birth: _____

Allergies: _____

Medication	Dose	Freq	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:

Key:
= Amt of tabs **RX** = Prescribed Med **D/C** = Discontinued
Meds (Updated & Initial)