



Big Smiles Missouri

Querido Padre o Guardián,

Si usted necesita asistencia financiera para que su hijo/a reciba un examen dental, limpieza y/o fluoruro, por favor indique la casilla correspondiente y llene la información requerida.

Nombre de Escuela/Centro:			
Nombre completo del hijo/a:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre o guardián:		# de teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Por favor indique las áreas que le son aplicables y llene la información:

Mi Hijo/a tiene Medicaid/MO HealthNet. Los 8-dígitos # ID es:

Circule uno de los siguientes: Missouri Medicaid (MO HealthNet), Aetna Better Health Missouri, Missouri Care, Home State Health Plan

No tengo Medicaid/MO HealthNet y quisiera aplicar.

Medicaid/MO HealthNet es un programa de seguro económico, ofrecido por el Estado de Missouri para los niños recién nacidos hasta la edad de 18 años. Para calificar para este programa, su hijo/a necesita ser residente de Missouri, menos de 19 años de edad y vivir en una familia cuyos ingresos sean iguales o menores de los que se indican en la siguiente tabla.

# de Personas Incluidas en el Hogar	GRUPOS MHK CHIP (NINOS SIN SEGUROS) HASTA EDAD DE 18			
	Ningún-COSTO 150%	PREM 185%	PREM 225%	PREM 300%
1	\$1485	\$1832	\$2228	\$2970
2	\$2003	\$2470	\$3004	\$4005
3	\$2520	\$3108	\$3780	\$5040
4	\$3038	\$3747	\$4557	\$6075
5	\$3555	\$4385	\$5333	\$7110
6	\$4073	\$5023	\$6109	\$8145
7	\$4592	\$5663	\$6887	\$9183
8	\$5112	\$6304	\$7667	\$10223
9	\$5632	\$6946	\$8447	\$11263
10	\$6152	\$7587	\$9227	\$12303
11	\$6672	\$8228	\$10007	\$13343
12	\$7192	\$8870	\$10787	\$14383

Para solicitar Medicaid/MO HealthNet llame 1-855-373-9994 o visite <https://mydss.mo.gov/healthcare/mohealthnet-for-kids>

Tengo otro tipo de seguro dental.

Por favor anexe una copia de la parte delantera y trasera de su seguro y complete la siguiente información.

Nombre de la Compañía de Seguro: (aparte de Medicaid) _____

Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

Número de Grupo _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Nombre del Adulto Asegurado _____ Fecha de nacimiento del Adulto Asegurado _____

Numero de Póliza/ID _____ Seguro Social del Adulto Asegurado _____

No tengo seguro dental y no quiero aplicar para Medicaid/MO HealthNet.

Necesito pagar por un servicio subsidiado porque no puedo pagar el costo completo. Cubrirá una limpieza, en examen, una aplicación de fluoruro.

Edades 12 o menores - \$68.00

Edades 13 o mayores - \$81.00

Favor de engrapar cheque o giro postal a este formulario y hacer pago a: Big Smiles Missouri. Para pagar con tarjeta de crédito, llame al 1-800-409-2563.

Yo requiero ayuda financiera para cubrir el costo de la limpieza, examen dental, y el fluoruro de mi hijo/a.

Certifico que mi ingreso mensual del hogar es igual o inferior a los límites de ingresos mensuales mostrados en la tabla anterior, y no soy elegible Medicaid/MO HealthNet, o cualquier otro programa de asistencia dental.

X Firme aquí _____ Fecha _____
Padre/Guardián

Esperamos ver a su hijo/a. Por favor devuelva esta forma a la escuela tan pronto como sea posible. Si tiene preguntas, por favor llame 1-800-409-2563.

