



Instrucciones en la aplicacion para frenos atraves de la fundacion de Smile for a Lifetime:

- **Dos letras de recomendacion** son obligatorias. Por favor, no envie mas de dos letras, y limita cada letra en una pagina. Por favor imprima claramente con tinta color negro (sin lapiz). Letras de recomendacion deben ser escritas por profesionales- maestros, entrenadores, dentistas, consejeros, o pastores.
- Una clara **5x7 foto de rostro con plena sonrisa y dientes demostrados deben ser incluidos** con la aplicacion.
- La forma de dentista general debe ser completada por el dentista general de el solicitante y/o higienista y presentado con la aplicacion.
- La aplicacion, letras de recomendacion, y foto no seran regresados y seran propiedad de la fundacion Smile for a Lifetime.
- El solicitante debe ser residente de el Noroeste de Arkansas.
- El solicitante debe tener una actitud positiva.
- El solicitante debe estar de acuerdo en seguir el plan de tratamiento y debe demostrar la capacidad y el compromiso de mantener y llegar a todas su citas a tiempo.
- Las aplicaciones seran revisadas trimestralmente. Nuestros trimestres son: **Enero 1-Marzo 31, Abril 1-Junio 30, Julio 1-Septiembre 30, y Octubre 1-Diciembre 31.**
- Cada solicitante sera notificado de la aprobacion o denegacion despues del final de cada trimestre.
- Regrese la solicitud completada, forma de dentista general, letras de recomendacion, y foto juntas en **un paquete a:**

Smile for a Lifetime Foundation
PO Box 858
Bentonville, AR 72712

Preguntas:

s4l.nwa@gmail.com

**Aplicaciones que no cumplen con estos criterios seran considerados incompletas y NO seran votados por nuestro consejo de administracion.

***Mientras Dr. Darrin Storms, Dr. Ben Burris acepten seran los proveedores de ortodoncia para esta fundacion. Pero no son parte de el consejo de administracion.

(No eligen personalmente al destinatario de la beca de ortodoncia.)



- **Un formulario completo de dentista general**
- **Una foto de 5x7 tiro de la cabeza del solicitante con sonrisa completa y dientes mostrando**
- **Dos cartas de recomendación - mecanografiadas y limitadas a una página cada una. Las cartas de recomendación deben ser escritas por profesionales - maestros, entrenadores, dentistas, consejeros, pastores, etc.**
- **Cuestionario del Solicitante**

* La solicitud debe ser completa y no faltar ninguna información para ser considerada

** Todas las solicitudes, fotografías y documentos de apoyo NO serán devueltos y se convertirán en propiedad de Smile for a Lifetime foundation

Información del aplicante:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Años: _____ Sexo: _____ Grado: _____

¿Has solicitado para Smile for a Lifetime antes? **Sí No** Si es así, ¿cuántas veces ha aplicado? _____

¿Alguna vez el solicitante ha sido evaluado o tratado por un ortodoncista? **Sí No**

En caso afirmativo, nombre del ortodoncista: _____

¿El solicitante califica para recibir tratamiento a través de Medicaid o de AR Kids? **Sí No**

¿El solicitante está cubierto por un seguro dental? (Especifique empresa y número de identificación)

Información de los padres/tutores:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Números de teléfono: Casa: _____ Teléfono móvil: _____

Ingreso Annual del Hogar: _____ # de miembros del hogar: _____

Empleador(es): 1) _____ 2) _____

Enviado por (marque uno): Yo Padre Colegio Consejero Dentista Otro _____

¿Cómo supo acerca de Smile for a Lifetime? _____

¿Cómo te sientes ahora con tu sonrisa?

¿Cómo crees que los frenos podrían mejorar tu vida ahora y en el futuro?

Si usted es elegido para recibir tratamiento gratuito, por favor, enumere 3 maneras de ayudar a otros en nuestras comunidades durante los próximos 18 meses.

1.)

2.)

3.)



Forma para el Dentista General

Esta forma debe ser completado por el dentist general y/o higienista.

Fecha: ___/___/___

El nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del solicitante: ___/___/___

Nombre del dentista: _____

Número del teléfono de la oficina: _____

Número de dientes de leche restantes: _____

Problemas dentales que podrían mejorarse con el tratamiento ortodóncico:

Fecha de la última limpieza dental y examen: ___/___/___

Por favor marque uno:

- El paciente ha recibido una limpieza y esta libre de caries.
- El paciente ha recibido una limpieza y ha completado todo tratamiento restaurador.
- No se necesita ningun tratamiento adicional.
- El paciente ha recibido una limpieza y tiene una cita para tratamiento restaurador.

Escriba el tratamiento restaurador necesario y fechas de las citas para completar el tratamiento.

Firma de el Dentista/Higienista

Imprima el nombre de el Dentista/Higienista