



**Please call 817-632-6022 when you arrive for your appointment.**





# 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](mailto: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](mailto: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**

<b>Nombre</b> (Primero, Segundo, apellido):		<b>Fecha:</b>
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**

<b>Raza/Etnicidad</b>		<b>Ciudadanía:</b>	
<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	
<b>Sexo:</b>	<b>Veterano:</b>	<b>Discapacitado:</b>	<b>Bilingüe:</b>
<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
<b>Estado civil:</b>		<b>Nivel de Educación:</b>	
<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**

<b>Estado de Empleo:</b>		<b>Ingresos anuales:</b>		<b>Fuentes de ingresos:</b>	
<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 _____
<b>Estado de la vivienda:</b>			<b>Transportación:</b>		<b>Cantidad de personas en el hogar::</b>
<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):

<b>1</b> No necesito ayuda	<b>2</b>	<b>3</b> Recursos y referencias	<b>4</b>	<b>5</b> 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			

¿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 :

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