



DENTAL EXAMINATION WAIVER FORM

Please print:

Student's Name:	Last	First	Middle	Birth Date: (Month/Day/Year)
				/ /
Address:	Street	City	ZIP Code	Telephone:
Name of School:	Grade Level:		Gender:	
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Parent or Guardian:	Address (of parent/guardian):			

I am unable to obtain the required dental examination because:

- My child is enrolled in the free and reduced lunch program and is not covered by private or public dental insurance (Medicaid/All Kids).
- My child is enrolled in the free and reduced lunch program and is ineligible for public insurance (Medicaid/All Kids).
- My child is enrolled in Medicaid/All Kids, but we are unable to find a dentist or dental clinic in our community that is able to see my child and will accept Medicaid/All Kids.
- My child does not have any type of dental insurance, and there are no low-cost dental clinics in our community that will see my child.

Signature _____

Date _____

FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR (waiver)



Con letra de molde por favor:

Nombre del estudiante:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento:
				/ / (Mes/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono:
Nombre de la Escuela:	Grado:		Sexo:	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre/madre o encargado:			Dirección del padre/madre o encargado:	

No puedo obtener el examen dental requerido porque:

- Mi hijo(a) está inscrito en el programa de almuerzo gratis y con descuento, y no tiene ningún seguro dental privado o público (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo(a) está inscrito en el programa de almuerzo gratis y con descuento, y no es elegible para un seguro público (Medicaid/All Kids).
- Mi hijo(a) está inscrito en Medicaid/All Kids, pero no podemos encontrar un dentista o una clínica dental en nuestra comunidad que pueda ver a mi hijo(a) y que acepte el Medicaid/All Kids.
- Mi hijo(a) no tiene ningún tipo de seguro dental, y en nuestra comunidad no hay ninguna clínica dental de bajo costo que pueda ver a mi hijo(a).

Firma _____

Fecha _____