

Collier County Health Department-Dental Department

Name of Head of household
Nombre del Cabeza de Familia

Date of Birth
Fecha de Nacimiento

Gender
Genero F M

Social Security #
Numero de Seguro Social

Street Address
Dirección Residencial

City
Cuidad

State
Estado

Zip Code
Código Postal

Telephone Number
Numero de Teléfono

Cellular Telephone Number
Numero de Teléfono Celular

Medicaid # /Numero de Medicaid

Income /Ingreso

\$

Weekly
Semanal

Biweekly
Cada dos semana

Monthly
mensual

Yearly
anual

Employer

Family Members: (Living in your household)

Información sobre la familia (que viven con Usted)

	Name Nombre y Apellido	Gender Genero	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Social Security Seguro Social
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>

Please, have proof of residential address (such as FPL, Cable or Telephone bill), 4 last paycheck stubs, and last year's tax return.
Favor mostrar prueba de dirección actual (factura de FPL, Teléfono, o Cable), los últimos 4 talones de cheque-trabajo, y la declaración de impuestos del año pasado.