



Dear Parents or Guardian,

If you need financial assistance so your child can receive a dental screening, cleaning, and fluoride, please check the appropriate box and fill out the required information.

School/Center:			
Child's Full Name:		Date of Birth:	
Parent/Guardian Name:		Phone #:	Email:
Address:		City:	State: Zip:

Please check areas that apply to you and fill out information:

☐ **My child has Medicaid/Virginia FAMIS. The 12-digit ID # is:**

Circle one of the following: VA Smiles for Children

☐ **I don't have Medicaid/Virginia FAMIS and wish to apply.**

Medicaid/Virginia FAMIS is an affordable insurance program offered by the State of Virginia for children birth through age 18. To qualify for this, a child must be a Virginia resident, under age 19, and live in a family that makes at or below the monthly income in the chart below.

Household Size	FAMIS Gross Income Limits for Children Birth Through Age 18	
	Monthly	Yearly
1	\$2,573	\$30,873
2	\$3,492	\$41,902
3	\$4,411	\$52,931
4	\$5,330	\$63,960
5	\$6,250	\$74,989
6	\$7,169	\$86,018
7	\$8,088	\$97,047
8	\$9,007	\$108,076
Additional Person Add	\$920	\$11,029

To apply for Medicaid/Virginia FAMIS call 1-833-522-5582 or visit [www. https://commonhelp.virginia.gov](https://commonhelp.virginia.gov)

☐ **I have other dental insurance.**
Please attach a copy of the front and back of the insurance card to this form and complete the information below.

Insurance Company Name _____
(other than Medicaid)

Insurance Company Phone _____

Group Number _____

Employer Name _____ Company Phone _____

Name of Insured Adult _____ Birth Date of _____

Member ID/Policy # _____ Insured Adult _____
Social Security # of _____
Insured Adult _____

☐ **I have no dental insurance and do not wish to apply to Medicaid/Virginia FAMIS.**
I will pay for a subsidized service because I am unable to pay full fee. It will cover dental screening, cleaning, and fluoride.
Age 12 and Under - \$74.00 Age 13 and Older - \$93.00

Please staple check or money order to this form and make payable to: **Smile Virginia**. To pay by credit card, please call 1-800-409-2563.

☐ **I request donated care to cover the cost of a dental screening, cleaning and fluoride for my child. I understand that my name and contact information may be provided to a third party only for the purpose of assisting in enrolling my child in a health insurance program and authorize release of that information.** I certify that my monthly household income is below the monthly income limits above, and I am not eligible for Medicaid/Virginia FAMIS, or any other dental assistance programs.

X Sign Here _____ **Date** _____
Parent/Guardian

We look forward to seeing your child, however, based on the number of grant requests received, we may not be able to see all grant applicants. Please return to your school/center as soon as possible. If you have questions, please call 1-800-409-2563.

Thank You,
Smile Virginia
MobileDentists.com



Querido Padre o Guardián,

Si usted necesita asistencia financiera para que su hijo/a reciba una evaluación 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 Medicaid/Virginia FAMIS. Los 12-dígitos # ID es:**

Circle one of the following: VA Smiles for Children

☐ **No tengo Medicaid/Virginia FAMIS y quisiera aplicar.**

Medicaid/Virginia FAMIS es un programa de seguro económico, ofrecido por el Estado Virginia para los niños recién nacidos los 18 años. Para calificar para este programa, su hijo/a necesita ser residente de Virginia, menor de 19 años y vivir en una familia cuyos ingresos sean iguales o menores de la tabla a continuación.

Tamaño de Familia	Límites de Ingresos Nbrutos FAMIS para niños de nacimiento hasta los 18 años	
	Mensual	Anual
1 2 3 4 5 6 7 8 Persona	\$2,573	\$30,873
Adicional Agregar	\$3,492	\$41,902
	\$4,411	\$52,931
	\$5,330	\$63,960
	\$6,250	\$74,989
	\$7,169	\$86,018
	\$8,088	\$97,047
	\$9,007	\$108,076
	\$920	\$11,029

Para solicitar Medicaid/Virginia FAMIS llame call 1-833-522-5582 or visit [www. https://commonhelp.virginia.gov](https://commonhelp.virginia.gov)

☐ **Tengo otro tipo de seguro dental.**

Por favor anexe una copia del anverso y el reverso 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/Virginia FAMIS.**

Pagare por un servicio subsidiado porque no puedo pagar el costo completo. Cubrirá una evaluación dental, limpieza, y fluoruro.

Edades 12 o menores - \$74.00

Edades 13 o mayores - \$93.00

Favor de engrapar cheque o giro postal a este formulario y hacer pago a: **Smile Virginia** pagar con tarjeta de crédito, llame al 1-800-409-2563.

☐ **Yo solicito atención donada para cubrir el costo de una evaluación dental, limpieza y fluoruro para mi hijo. Yo entiendo que mi nombre e información de contacto se puede proporcionar a un tercero sólo para el propósito de ayudar a inscribir a mi hijo en un programa de seguro de salud y autoriza la divulgación de esa información.** 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/Virginia FAMIS, o cualquier otro programa de asistencia dental.

X **Firme aquí** _____ **Fecha** _____
Padre/Guardián

Esperamos ver a su hijo, sin embargo, según la cantidad de solicitudes de becas recibidas, es posible que no podamos ver a todos los solicitantes de becas. Por favor regresa a su escuela/centro lo antes posible. Si tiene preguntas, por favor llame 1-800-409-2563.

Gracias,

Smile Virginia

MobileDentists.com

Big Smiles Virginia PC

FORM VA-GRANT-2024