

### ***Lista de requisitos y verificación para aplicación***

- Último día para entregar la aplicación es el 1 de octubre de cada año. Las cartas de notificación serán enviadas después del 15 de noviembre. Por Favor, no llame a la oficina sobre el estado de su solicitud.
- Si no está seleccionado para una beca, puede volver a aplicar varias veces con nuevas aplicaciones. Las cartas, imágenes y aplicaciones no se devuelven y se convierten en propiedad de Smile for a Lifetime (S4L).
- Sólo las aplicaciones completas serán consideradas por el comité de selección. Si la solicitud está incompleta, se le devolverá, y usted podrá aplicar otra vez con la información completa.
- Dos cartas de referencia son obligatorias.
- El solicitante debe tener entre 11 a 18 años de edad en o antes del 1 de octubre.
- Sección 1 (Adultos) — La forma tiene que ser completada en tinta negra.
- Sección 2 Ensayo (Solicitante) — Tiene que ser completada en tinta negra solamente por el solicitante en su propia escritura o impresión.
- Referencia 1 (referencia de la escuela) — Debe ser alguien que sea empleado(a) en la escuela del solicitante (maestro, consejero, director u otro). Deben utilizar el formulario de referencia adjunto.
- Referencia 2 — puede ser otro empleado de la escuela o puede ser de un entrenador, un asistente social, líder de la iglesia, o cualquier adulto (pero no un pariente) que conoce bien al solicitante. Se deben utilizar los formularios de referencia adjuntos. Las referencias no pueden ser presentadas por uno de sus padres u otros miembros de la familia.
- Fotografías — Deberán presentar dos fotografías de un tamaño mínimo de 4x6 pulgadas. Una debe ser una imagen tomada de cerca mostrando los dientes de frente, la segunda mostrando los dientes de lado. El dentista puede incluir las fotos con su autorización.
- Autorización del dentista
- Prueba de ingresos del hogar. Forma de impuestos W2, carta del seguro social, carta de TANF, etc.

***Favor de completar la aplicación y enviarla junto con todos los documentos por email a [Application@S4L.org](mailto:Application@S4L.org)***

***o por fax al 719-312-6000 Preguntas 719-535-2777***

**Solicitud de tratamiento de ortodoncia - Sección 1 (Completadom por padres/adulto)**  
**Debe estar escrita a mano en tinta negra.**

El nombre del solicitante (niño/a) \_\_\_\_\_

Escuela del solicitante \_\_\_\_\_

Nombre de padres/tutor \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleo de padres \_\_\_\_\_ Ingresos anuales \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) seguro dental? Si\_\_ No\_\_ (nombre del seguro) \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) un dentista regular o clínica dental? Si\_\_ No\_\_

¿Ha aplicado el solicitante para esta beca en el pasado?? Si\_\_ No\_\_ (caso afirmativo, ¿cuántas veces? \_\_\_\_)

¿Hay información adicional que desea que el comité de Smile for a Lifetime sepa sobre su hijo o familia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doy permiso para que el comité de Smile for a Lifetime comparta la solicitud y toda la información de salud del paciente con el personal de Smile for a Lifetime, así como otros voluntarios, médicos y ayudantes que participen en el cuidado dental de mi hijo(a).

(Firma del padre / tutor) \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Smile for a Lifetime? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si la aplicación es presentada por alguien que no sea el padre / tutor del niño(a,) por favor indique:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

**Solicitud de tratamiento de ortodoncia - Sección 2 (Completado por solicitante)**  
**Debe estar escrita a mano en tinta negra.**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Tener dientes rectos va a cambiar mi vida porque. . .

---

---

---

---

---

Cuéntanos acerca de sus actividades y logros. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Si usted es seleccionado para una beca para los frenos, que actividades de servicio comunitario harías para "devolver el favor?"

---

---

---

¿Hay algo más que le gustaría compartir con el comité sobre usted o su familia? \_\_\_\_\_

---

---

*La fecha límite es el 1 de octubre. Se le notificará, por carta, después del 15 de noviembre con los resultados. Por favor, no llame a la oficina para preguntar sobre el estado de su solicitud.*



## DENTAL CLEARANCE FORM

Dear Dental Care Provider,

Your patient is applying for an orthodontic scholarship. *If selected*, the patient will receive free braces through the Smile for a Lifetime Foundation. As the child's dental care provider, it is very important we receive feedback from you in regards to your patient so we can determine whether or not they will be a good candidate for our program. If the form is incomplete, the application cannot be included in the selection process.

**To be filled out by the applicant's dentist. This form is to be completed prior to submitting application.**

**Patient Name:**

Last	First	Middle
------	-------	--------

**Dentist's Name:**

Last	First	Middle
------	-------	--------

**Dentist's Address:**

Street	City	State	Zip Code
--------	------	-------	----------

**Dentist's Contact info:**

Office Phone Number	Alternate Number	Email address
---------------------	------------------	---------------

### General Information:

Does the patient need restorative work at this time? (Please circle one) Yes No				Date of last cleaning:					
Does the patient have good oral hygiene?		Yes	No	Does the patient have baby teeth:		Yes	No	If so, how many?	
Impacted Teeth:	Yes	No	If so, how many:	Missing Teeth:	Yes	No	Have second molars erupted:	Yes	No

Other Functional or Aesthetic Issues/ Additional Comments:

How long have you been treating the patient:

Does the patient have a positive and respectful attitude:

Does the patient keep appointments: (please circle one)	Always	Mostly	Sometimes	Rarely	Never
---	--------	--------	-----------	--------	-------

### Functional:

Malocclusion:	Class I	Class II	Class III
Crowding:	Mild	Moderate	Severe
Spacing:	Mild	Moderate	Severe
Overjet	Normal	Moderate	Severe
Underjet	Normal	Moderate	Severe
Overbite	Normal	Moderate	Severe
Underbite:	Normal	Moderate	Severe
Crossbite	None	Anterior	Posterior
Misalignment:	None	Mild	Severe