



MERCY
DENTAL MISSIONS

Fecha: ____/____/____

FORMA PARA SOLICITAR UNA BECA ÀGAPE

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de telefono: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección de correo electrónico: _____

- ☐ Por favor, marque la casilla si está bien que usemos su foto para compartir su historia
- ☐ Por favor, marque la casilla si está bien que usemos su nombre de pila para compartir su historia

Nombre Impreso: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

1. ¿Cuál es su principal preocupación dental?

2. ¿Cuándo fue su última visita dental antes de visitar MDM? _____

➤ ¿Qué ha hecho en su última visita dental

- 3. Nuestro mayor deseo es restaurar la esperanza, la salud y la oportunidad en nuestra clínica. Donantes generosos dentro y fuera de Mercy Dental Missions hacen posibles nuestras becas. Cada solicitud se revisa cuidadosamente y, debido a la naturaleza competitiva del programa, le animamos a compartir su historia de manera abierta y detallada. Se dará prioridad a las solicitudes más completas y convincentes. Por favor, cuéntenos sobre usted, su historial dental y cómo las dificultades financieras han impactado su vida y lo han llevado a posponer o descuidar su atención dental:**

...continue on back if needed.

[illegible][illegible]