



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 antes de visitar ADC?

- 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]This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features approximately 20 evenly spaced, horizontal blue lines across the entire width of the page. The lines are thin and consistent in color and thickness, providing a guide for letter height and placement. There are no margins, text, or other markings on the paper.