



**MERCY**  
DENTAL MISSIONS

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## FORMA PARA SOLICITAR UNA BECA ÀGAPE

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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.

**(MDM Use Only) Date, Award Amount, Treatment Performed, Patient Portion Invested:**  
**(Únicamente para uso de MDM) Fecha, monto de la concesión, tratamiento realizado, porción invertida del paciente:**

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]