



802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သဘောတူညီချက် (အဆင့် 1 နှင့် 2)

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဖြည့်စွက် လက်မှတ်ထိုးပြီး သင့်ကလေး၏ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပါ။

ကလေး၏ အမည်ပထမစာလုံးနှင့် နောက်ဆုံးစာလုံး - _____ မွေးသက္ကရာဇ် - _____

ကျွန်ုပ်ကလေး၏ 802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်မှတစ်ဆင့် မည်သည့်ကုသမှုများကို ပံ့ပိုးပေးပါသနည်း။

ကျောင်းတွင်း 802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်သည် သွားဘက်ဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများ၊ သွားသန့်ရှင်းရေးများနှင့်ဖလိုရိုက်သုတ်လိမ်းခြင်း (ရရှိနိုင်သည့်နေရာတွင်) ကို ဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။

သင်၏ကလေးသည် အသိအမှတ်ပြု သွားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းတွင် စောင့်ရှောက်မှုခံယူနေပါက သင့်ကလေးအတွက် ကျောင်း၏ 802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်မှတစ်ဆင့် စောင့်ရှောက်မှုများ ရယူမည့်အစား ထိုအဖွဲ့အစည်းမှစောင့်ရှောက်မှုကိုသာ လက်ခံရယူရန် အကြံပြုပါသည်။

ကုသမှုအတွက် သဘောတူညီချက် -

သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို 802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်တွင် ပါဝင်စေလိုပါသည်။ ဤဖောင်တွင် သွားဆရာဝန်တစ်ဦး ဖော်ပြပါရှိပါက ၎င်းသည် 802 Smiles သွားဘက်ဆိုင်ရာသန့်ရှင်းရေးပညာရှင်ထံမှ တွေ့ရှိချက်အစီရင်ခံစာကို ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသည် သွားဆရာဝန်နှင့် မတိုင်ပင်ဘဲ 802 Smiles သွားဘက်ဆိုင်ရာသန့်ရှင်းရေးပညာရှင်၏ အကဲဖြတ်ချက်အပေါ် အခြေခံ၍ အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။ -

- သွားစစ်ဆေးခြင်း
- သွားသန့်ရှင်းရေး ပြုလုပ်ခြင်း
- ဖလိုရိုက် သုတ်လိမ်းခြင်း

သဘောမတူပါ။ ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို 802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်တွင် မပါဝင်စေလိုပါ။

သတင်းအချက်အလက်ဝေမျှခြင်းဆိုင်ရာ သဘောတူခွင့်ပြုချက် -

သင်ကလေး၏ သွားဆရာဝန်နှင့် - သင့်ကလေးတွင် လက်ရှိသွားဆရာဝန်တစ်ဦးရှိပြီး 802 Smiles ပရိုဂရမ်မှတစ်ဆင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုရယူရန် ရွေးချယ်ပါက မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုများပေးသည်နှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို ၎င်းတို့အား မျှဝေပေးမည်ဖြစ်သည်။ ဤအချက်အလက်ဝေမျှခြင်းသည် မဖြစ်မနေ လိုအပ်ပါသည်။ -

သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ဖိုင်ထဲတွင် ထည့်သွင်းထားသည့် သွားဆရာဝန်ထံ မျှဝေပေးစေလိုပါသည်။

သဘောမတူပါ။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ဖိုင်ထဲတွင် ထည့်သွင်းထားသည့် သွားဆရာဝန်ထံ မျှဝေပေးစေလိုပါ။ ကျွန်ုပ်ကလေးသည် 802 Smiles ပရိုဂရမ်မှတစ်ဆင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

Vermont ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် - Vermont ကျန်းမာရေးဌာနသည် ဤပရိုဂရမ်၏ ထိရောက်မှုကို အကဲဖြတ်ရန် သင့်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုလိုပါသည်။ သင့်ကလေး၏ သွားနှင့်ခံတွင်းကုသမှုမှတ်တမ်းများကို Vermont ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် မျှဝေရန်လည်း 802 Smiles သွားဘက်ဆိုင်ရာသန့်ရှင်းရေး ပညာရှင်ကို သင်ခွင့်ပြုပါသလား။ ဤအချက်အလက်မျှဝေမှုကို မဖြစ်မနေပြုလုပ်ရန် မလိုပါ။ -

သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် 802 Smiles မှ သွားဘက်ဆိုင်ရာသန့်ရှင်းရေး ပညာရှင်အား ကျွန်ုပ်ကလေး၏ သွားဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများကို Vermont ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် မျှဝေရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

သဘောမတူပါ။ ကျွန်ုပ်သည် 802 Smiles မှ သွားဘက်ဆိုင်ရာသန့်ရှင်းရေး ပညာရှင်အား ကျွန်ုပ်ကလေး၏ သွားဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများကို Vermont ကျန်းမာရေးဌာနနှင့် မျှဝေရန် ခွင့်မပြုပါ။

သင်သည် မွေးစားမိဘတစ်ဦးဖြစ်ပါက သို့မဟုတ် သင်သည် ဤကလေး၏ အုပ်ထိန်းခွင့်အား မျှဝေရယူထားသူဖြစ်ပါက ဤအကွက်တွင် အမှန်ဖြစ်ပါ။ -

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် - _____ ရက်စွဲ - _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီးဖြင့်ရေးထားသည့် အမည် - _____



802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သဘောတူညီချက် (အဆင့် 1 နှင့် 2)

သင့်ကလေးအား 802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်တွင် ပါဝင်ရန် ခွင့်ပြုပါက ကျေးဇူးပြု၍ နောက်စာမျက်နှာသို့ ဆက်သွားပါ။

ကလေး၏ သွားဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း -

သင့်ကလေးသည် မည်သည့်အချိန်က နောက်ဆုံး သွားဆေးခန်း သွားရောက် ပြသခဲ့ပါသနည်း။

- လွန်ခဲ့သော တစ်နှစ်အတွင်း
- လွန်ခဲ့သောတစ်နှစ်ကျော်
- သွားဆရာဝန်ထံ သွားရောက်ပြသခြင်း မရှိခဲ့ပါ

သင်၏ကလေးတွင် အဓိကသွားဆရာဝန်ရှိပါက ၎င်း၏အမည်ကို ဖော်ပြပါ။ _____

သင့်ကလေးတွင် မည်သည့် သွားဘက်ဆိုင်ရာအာမခံအမျိုးအစား ရှိပါသနည်း။ အာမခံအကာအကွယ်ကြောင့် မည်သည့်ကလေးမှ ဝန်ဆောင်မှုရယူရန် ငြင်းပယ်ခံရမည်မဟုတ်ပါ။ 802 Smiles သွားဘက်ဆိုင်ရာသန့်ရှင်းရေးပညာရှင်သည် သင့်ကလေးအား ပေးဆောင်သည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် Medicaid သို့ ငွေတောင်းခံနိုင်သည်ကို သတိပြုပါ။

- Medicaid/Dr. Dynasaur – သင့်ကလေး၏ Medicaid ID နံပါတ် - _____
- ပုဂ္ဂလိက သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ (ဥပမာ Delta Dental)
- Tricare
- အာမခံမရှိပါ
- အခြား _____
- မသိပါ

သင့်ကလေးတွင် ဓာတ်မတည့်မှုတစ်ခုခု ရှိပါသလား။ (ဥပမာ ဆေးဝါးများ၊ အစားအစာ၊ ရာဘာစေး (latex)၊ ငွေ၊ စသည်ဖြင့်) ရှိ သည် မရှိပါ

ရှိပါက ဓာတ်မတည့်မှု အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ။ _____

သင့်ကလေး၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်း -

သင့်ကလေးတွင် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ သင်ယူမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ခံစားမှုဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အခြေအနေ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု ရှိပါသလား။

- ရှိပါသည်
- မရှိပါ
- မသိပါ
- မဖြေလိုပါ

သင်သည် ယခင်မေးခွန်းတွင် ရှိခဲ့သည်ဟု ဖြေခဲ့ပါက၊ သင့်ကလေး၏ သွားဘက်ဆိုင်ရာ ပြသမှုတွင် ပိုမိုအဆင်ပြေစေရန် ကျွန်ုပ်တို့အနေနှင့် မည်သို့ ချိန်ညှိဆောင်ရွက်နိုင်မည်နည်း။ _____

မဖြစ်မနေ မလိုအပ်သော လူဦးရေစာရင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက် -

မွေးဖွားချိန်တွင် သတ်မှတ်ထားသော လိင်အမျိုးအစား - ယောက်ျားလေး မိန်းကလေး လိင်မပါရှိသူ(Non-Binary) မဖြေလိုပါ



802 Smiles သွားကျန်းမာရေးပရိုဂရမ်

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သဘောတူညီချက် (အဆင့် 1 နှင့် 2)

နောက်မေးခွန်းသည် သင့်ကလေး၏ လူမျိုးနှင့် တိုင်းရင်းသားသတ်မှတ်ချက်ကို မေးခြင်းဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ပရိုဂရမ်တွင် လူမျိုးပေါင်းစုံနှင့် တိုင်းရင်းသားအားလုံးကို ဝန်ဆောင်မှုပေးကြောင်း သေချာစေလိုသောကြောင့် ဤမေးခွန်းကို မေးခြင်းဖြစ်သည်။ အဖြေရွေးချယ်မှုများသည် သင့်ကလေး၏ အထောက်အထားကို တိကျစွာကိုယ်စားပြုနိုင်မည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။

အောက်ပါတို့မှ မည်သည့်အချက်သည် သင်၏ကလေးအား အကောင်းဆုံး ကိုယ်စားပြုသနည်း။ (ကျေးဇူးပြု၍ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ။)

- အဘက်နာကီး သို့မဟုတ် အခြား မူလအမေရိကန်တိုင်းရင်းသား သို့မဟုတ် မူလအလင်စကာတိုင်းရင်းသား
- အာရှတိုက်ဖွား သို့မဟုတ် အာရှ-အမေရိကန်လူမျိုး၊ ဥပမာ တရုတ်လူမျိုး၊ အာရှ အိန္ဒိယလူမျိုး၊ နီပေါလူမျိုး သို့မဟုတ် ဗီယက်နမ်လူမျိုး
- လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်
- ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တီနို၊ လက်တီနာ သို့မဟုတ် လက်တီနက်စ်၊ ဥပမာ၊ မက္ကဆီကန်လူမျိုး၊ ဗင်နီဇွဲလားလူမျိုး သို့မဟုတ် ဘရာဇီးလူမျိုး
- အရှေ့အလယ်ပိုင်းလူမျိုး သို့မဟုတ် မြောက်အာဖရိကန်လူမျိုး (စာရင်းသည် နောက်စာမျက်နှာတွင်ဆက်ရှိသည်)
- ဒေသခံဟာဝိုင်ယီကျွန်းသား သို့မဟုတ် အခြားပစိဖိတ်ကျွန်းသား
- လူဖြူ သို့မဟုတ် ဥရောပတိုက်သားအမေရိကန်
- အခြားလူမျိုး သို့မဟုတ် တိုင်းရင်းသားဖြစ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ မျှဝေပါ - _____
- ဖြေဆိုခြင်း မပြုလိုပါ

ကျွန်ုပ်တို့ကိုသိစေချင်သည့် သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်သည့် အခြားအကြောင်းအရာများရှိပါသလား။

ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးထားသည့် ပုံစံဖောင်ကို သင့်ကလေး၏ကျောင်းသို့ ပြန်လည်ပေးပို့ပါ။