



तपाईं आफ्नो बच्चाको सहभागिता चाहनुहुन्छ भने हरेक स्कूल वर्षमा नयाँ फाराम भर्नुपर्छ

**आफ्नो बच्चाको दाँतलाई स्वस्थ राख्नका लागि उनीहरूको दाँतको स्याहार गर्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ।**

**सबैका लागि निःशुल्क\* दन्त सेवाहरू**

\*Medicaid र Grant स्वीकृति प्राप्त गर्नेका लागि

यो कार्यक्रम सजिलो र सुविधाजनक छ: राज्यद्वारा इजाजतप्राप्त दन्त चिकित्सा टोली आवश्यकता अनुसार दाँतको नियमित सफाइ र फलो-अप स्याहार प्रदान गर्न सिधै स्कूलमा आउँछ। यसका लागि काम छोड्न अब आवश्यक छैन र तपाईंको बच्चाले न्यूनतम कक्षा समय छुटाउँछ। कार्यक्रममा सबैलाई निःशुल्क दन्त सामग्रीहरू प्रदान गरिन्छ। School Smiles तपाईंको बच्चाको दन्त स्थान बन्न सक्छ।

### बच्चाको सामान्य जानकारी

बच्चाको कानुनी नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (गोलो लगाउनुहोस्) पु म

ठेगाना: \_\_\_\_\_ सहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिल्ला: \_\_\_\_\_

स्कूल: \_\_\_\_\_ काउण्टी: \_\_\_\_\_ ग्रेड: \_\_\_\_\_

आमाबुवा/अभिभावकको नाम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

बच्चाको एसएसएन:    -   -

### भुक्तानी जानकारी: (कृपया ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्) MEDICAID निजी बीमा अबीमाकृत

1. Medicaid जानकारी: 10 वा 12-अंकको आइडी #

व्यवस्थित स्याहार योजना: \_\_\_\_\_

2. निजी बीमा: दन्त बीमा कम्पनीको नाम: \_\_\_\_\_ बीमा फोन: \_\_\_\_\_

ग्राहकको नाम: \_\_\_\_\_ ग्राहकको जन्म मिति: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ग्राहकको आइडी: \_\_\_\_\_ ग्राहकको एसएसएन: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3. अबीमाकृत दन्त विकल्पहरू:

**स्व-भुक्तान विकल्प:** यदि तपाईं आफ्नो बच्चालाई तत्काल जाँच गराउन चाहनुहुन्छ भने तपाईंसँग उनीहरूको सफाइ, एक्स-रे, फ्लोराइड र परीक्षणलाई कभर गर्ने रकम घटाइएको \$99 शुल्क भुक्तान गर्ने विकल्प हुन्छ। तपाईंको बच्चाको जाँच गर्नु पूर्व मनी अर्डर मार्फत वा फोनबाट उपलब्ध गराउन (1.855.497.6453) मा फोन गरेर \$99 शुल्क भुक्तान गर्नुपर्छ।

**Grant अनुरोध विकल्प:** यदि तपाईं ग्रान्ट स्वीकृतिका लागि हाम्रो प्रतीक्षा सूचीमा थपिन चाहनुहुन्छ भने कृपया यस बाकसमा हेर्नुहोस्। तपाईंको बच्चालाई अनुमति प्राप्त हुँदा तपाईंलाई सूचित गरिनेछ। यो पहिला आउने, पहिले सेवा विकल्प हो।

### महत्त्वपूर्ण स्वास्थ्य प्रश्नहरू:

1. तपाईंको बच्चालाई हाल मुटु रोग, सिजर डिसअर्डर, एलर्जीहरू, इत्यादि जस्ता चिकित्सा अवस्थाहरू छन्? यदि छन् भने, कृपया तल सूचीबद्ध गर्नुहोस्। यदि छैन भने, खाली छोड्नुहोस्: \_\_\_\_\_

### हस्ताक्षर आवश्यक छ

म आमाबुवा/अभिभावक \_\_\_\_\_ बुझ्दछु र 6 महिनाको जाँचका लागि आवश्यक परीक्षण, एक्स-रे, सफाइ, फ्लोराइड, सिल्भर डायमाइन्ड फ्लोराइड र सिलान्टहरू जस्ता सेवाहरू स्कूलमा मेरो बच्चालाई प्रदान गर्ने School Smiles दन्त विशेषज्ञहरूलाई अनुमति दिन्छु। दाँत बलियो बनाउन दाँत भर्ने र दाँतको वरपरको भागलाई सुन्न बनाउन स्थानीय एनेस्थेसिया र अन्य परिवर्तनहरूको रूपमा आवश्यक हुने दन्त उपचार प्राप्त गर्नका लागि पनि मेरो बच्चालाई अनुमति दिन्छु। म बुझ्दछु कि प्रारम्भिक परीक्षणमा फेला नपरेका अवस्थाहरूको कारण उपचार अवधिमा प्रक्रिया परिवर्तन गर्न वा थपन आवश्यक हुन सक्नेछ। उदाहरणका लागि: दाँत भर्ने, स्टेनलेस स्टील क्राउन, पल्पोटोमी (दूध दाँतमा रुट क्यानल) र दाँत निकाल्ने (दाँतलाई झिकने)।

School Smiles HIPPA गोपनीयता सूचनाको एक प्रति यस फारामको पछाडि समावेश गरिएको छ, यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर म यो पनि बुझ्दछु कि यसको एक प्रति मेरो बच्चाको अपोइन्टमेन्टमा उपलब्ध गराइनेछ र अतिरिक्त प्रति 1.855.497.6453 मा फोन गरी अनुरोध गर्न सकिन्छ।

तल हस्ताक्षर गरेर म नियमित दन्त सफाइका साथै एक स्कूल वर्षका लागि आवश्यक दन्त उपचारका लागि मञ्जुरी दिँदैछु:

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## गोपनीयता नीतिहरूको सूचना

**स्कूल मुस्कानको** कानूनी जिम्मेवारीहरू: संघीय र राज्य सरकारको कानूनी आवश्यकताहरू द्वारा प्रावधान गरिएको अनुसार, तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य जानकारी सुरक्षित हुनुपर्छ। हामी ले निश्चित हुनु आवश्यक छ कि तपाईं गोपनीयता नीतिहरू, कानूनी कर्तव्यहरू र हाम्रो संरक्षित स्वास्थ्य सूचनाको अधिकारहरू बारे सजाग हुनुहुन्छ। तल उल्लिखित, गोपनीयता नीतिहरूको यो सूचना, , उपचारको अवधिको लागि प्रभावकारी हुनेछ र हाम्रो अभ्यास मा पालित हुनु पर्छ।

हामी कुनैपनि समयमा हाम्रो गोपनीयता नीतिहरू र यस सूचनाको सर्तहरू परिमार्जन गर्ने अधिकार सुरक्षित राख्छौं र कानूनको दिशानिर्देशहरू भित्र यस्तो परिमार्जन गर्नेछौं। परिवर्तन गरिएको अधि हामीले बनाएको वा प्राप्त गरेको संरक्षित स्वास्थ्य सूचना सहित हामी सबै संरक्षित स्वास्थ्य सूचनाको लागि परिमार्जित प्रभावकारी बनाउन अधिकार सुरक्षित राख्छौं। यो सूचना परिवर्तन गर्नाले सबै महत्वपूर्ण परिमार्जनहरू पूर्वनिर्धारित हुनेछ। यो सूचना अनुरोधमा उपलब्ध हुनेछ।

यो सूचनाको प्रतिलिपि तपाईंको अनुरोधमा उपलब्ध हुनेछ। तपाईंको सुविधाको लागि, तपाईं कसरी सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ सन्दर्भको जानकारी सूचनाको तल छ।

### संरक्षित स्वास्थ्य सूचना प्रयोग र प्रकटीकरण

तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य सम्बन्धमा जानकारी उपचार, भुक्तानी र अन्य स्वास्थ्य हेरविचार सञ्चालनको उद्देश्यका लागि प्रयोग र खुलासा गर्न सकिन्छ। तल उल्लिखित उदाहरणहरूले प्रयोग र प्रकटीकरण प्रक्रिया को व्याख्या गर्दछ।

**उपचार:** तपाईंको सन्तानको संरक्षित स्वास्थ्य सूचनाको प्रयोग र प्रकटीकरण एक चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई तपाईंको सन्तानको उपचार प्रदान गर्न प्रदान गर्न सकिन्छ।

**भुक्तानी:** तपाईंको सन्तानको सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना हामीले तपाईंको बच्चालाई प्रदान गरेको सेवाहरूको लागि भुक्तानी प्राप्त गर्न प्रयोग र खुलासा गर्न सकिन्छ।

**आपातकालीन स्थिति:** हामी तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य सूचनालाई आपातकालीन स्थिति वा तपाईंको बच्चाको मृत्युको घटनामा तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा परिवारको सदस्य वा उनीहरूको हेरविचारको लागि जिम्मेवार अन्य व्यक्तिलाई सूचित गर्न सक्ने छौं।

**REQUIRED BY LAW:** तपाईंको सन्तानको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी प्रयोग वा वा खुलासा कानूनद्वारा चाहियो भने हुन सक्छ। उदाहरणका लागि, रोग सम्पर्कित सार्वजनिक स्वास्थ्य कारणहरू, सन्तानलाई दुर्व्यवहार वा उपेक्षित गरेको रिपोर्टिंग, घरेलु हिंसाको रिपोर्टिंग, खान्ना र औषधि प्रशासन समस्याहरू र औषधि को प्रतिक्रियाहरू रिपोर्ट गर्ने र रोग वा संक्रमण जोखिम रिपोर्ट गर्ने।

**सार्वजनिक सुरक्षा / कानून कार्यान्वयन:** तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य सूचनालाई शंका, असन्तुष्ट, वा हराएको व्यक्ति पहिचान गर्न वा पत्ता लगाउने उद्देश्यका लागि वा एक व्यक्ति वा सामान्य जनताको स्वास्थ्य र सुरक्षाको लागि गम्भीर खतरनाक खतराको घटनामा कानून प्रवर्तन गर्न प्रकट गरिएको हुन सक्छ।

**एपइन्टमेन्ट रिमाइन्डरहरू:** तपाईंको सन्तानको सुरक्षित स्वास्थ्य हेरविचार जानकारी तपाईंको एपइन्टमेन्ट रिमाइन्डरहरू भवाईसमेल सन्देशहरू, पोष्टकार्डहरू र अक्षरहरूको रूपमा मद्दत गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ।

### रोगी को अधिकारहरू

**प्रवेश गर्ने अधिकार S:** तपाईंको सन्तानको सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना समीक्षा गर्न सीमित व्यतिक्रम को साथ सबै समयमा तपाईंसँग अधिकार छ। तपाईंको लिखित अनुरोधमा, हामी तपाईंलाई तपाईंको बच्चाको जानकारी प्रदान गर्नेछौं। तपाईंसँग तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न वा वैकल्पिक विधि मार्फत सञ्चालित गर्न वा सामान्य संचार तरिका भन्दा एक वैकल्पिक स्थानमा पठाउन वा डिलीवरी अनुरोधमा प्राप्त गर्न सामान्य अधिकार छ। तपाईंसँग यो अभ्यास द्वारा बनाईएको तपाईंको सन्तानको सुरक्षित स्वास्थ्य सूचनाको खुलासाको लेखा प्राप्त गर्ने अधिकार छ।

**प्रतिबन्धहरू:** तपाईंसँग तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य जानकारीको खुलासाको केहि प्रयोगहरू माथि प्रतिबन्धहरू अनुरोध गर्ने अधिकार छ। कृपया सल्लाह लिनुहोस्; अद्यपि, हामीलाई तपाईंले अनुरोध गरिएको प्रतिबन्धहरूमा हामिले सहमत हुनुपर्ने छैन। यदि हामी थप प्रतिबन्धहरूको बारेमा तपाईंको अनुरोध पालन गर्न सहमत छौं भने, आपात स्थितिले क्रिया नगरे सम्म मात्रै सहमत गरिएको प्रतिबन्धहरू पालन गर्नेछौं।

**संशोधन:** तपाईं आफ्नो सन्तानको सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना परिमार्जन गर्न लिखित अनुरोध प्रारम्भ गर्न सक्नुहुनेछ। यस संशोधन मा किन जानकारी संशोधित हुनु पर्छ एक स्पष्टीकरण शामिल हुनु पर्छ केही शर्तहरू हुन सक्छन जहाँ हामी तपाईंको अनुरोध अस्वीकार गर्दछौं।

**प्रश्नहरू/सिकायतहरू:** तपाईंको गोपनीयता अधिकारहरूको बारे प्रश्नहरू वा उजुरीहरू वा तपाईंको सन्तानको स्वास्थ्य जानकारी कसरी संभाला गरिएको छ भने कृपया सम्पर्क गर्नुहोस्:

स्कूल मुस्कान

लुइस गारबिस, डीडीएस

1499 विन्डहार्स्ट मार्ग, सुइट 100

ग्रीनवुड, IN 46143

फोन: 1.855.4 9 स्माइल

फैक्स: 317.886.6636

हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्: [contactus@schoolsmiles.com](mailto:contactus@schoolsmiles.com)

यदि तपाईं आफ्नो उजुरी निलम्बित तरिकामा सन्तुष्ट हुनुहुन्न भने, तपाईं स्वास्थ्य र मानव सेवा को संयुक्त राज्य विभागसँग औपचारिक उजुरी फाइल गर्न सक्नुहुनेछ।