School Smiles
On-site Dental Care

အချိန်ကိုချွေတာပါ။
ဖုန်းမှတစ်ဆင့် သင့်ကလေး၏ အမည်စာရင်း
ပေးရန်အတွက် 1.855.497.6453 သို့ဖုန်းဆက်ပါ၊
သို့မဟုတ် www.schoolsmiles.com တွင် စာရင်းသွင်းပါ

သင့်ကလေးကို သွား ကုသမှုရရှိစေချင်လျှင် စာသင်နှစ် တစ်နှစ်စီအတွက် ပုံစံစာရွက်အသစ်တစ်ရွက် ဖြည့်ရမည်

အားလုံးအတွက်<u>ကုန်ကျစရိတ်မပေးရဘဲ</u> သွားနှင့်ဆိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ*

*မယ်ဒီကိတ်နှင့် ထောက်ပံ့ကြေး ရရှိသူများအတွက်

ဤအစီအစဉ်တွင် သွားနှင့်ဆိုင်သော အသုံးအဆောင်ပစ္စည်းများကို အားလုံးအတွက် အခမဲ့ပေးကမ်းပါသည်။

အဆင့် 1

ကလေး၏ အထွေထွေအချက်အလက်

ကလေး၏ တရားဝင်အမည်။____________________ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။_____/_____/________ (ဝိုင်းပေးပါ) ကျား မ

လိပ်စာ။____________________ မြို့။_______________ ပြည်နယ်။____________ ဇစ်ကုဒ်။____________

ကျောင်း။____________________ ကောင်တီမြို့နယ်စု။_______________ အတန်း။____________

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်။____________________ ဖုန်းနံပါတ်။ (_____)_______________

ကလေး၏ဆိုရှယ်နံပါတ်။ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ စာသင်ခန်းနံပါတ်။ ________

အဆင့် 2

ကုန်ကျစရိတ်အချက်အလက်။ (ခြစ်မှတ်ပေးပါ) **မယ်ဒီကိတ်** ☐ **ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံအစီအစဉ်** ☐ **အာမခံကြေးမရှိ** ☐

1. **မယ်ဒီကိတ်အချက်အလက်။** ဂဏန်း 10 လုံးသို့မဟုတ် 12 လုံးရှိသော အိုင်ဒီနံပါတ်။ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

   အာမခံအစီအစဉ်စီမံဆောင်ရွက်သူ။______________________________

2. **ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံအစီအစဉ်။**

   သွားအတွက် အာမခံအစီအစဉ် ဆောင်ရွက်ပေးသောကုမ္ပဏီအမည်။____________________

   အာမခံအစီအစဉ်ဖုန်း။____________________

   အာမခံကြေးရှိသူ၏ အမည်။____________________ အာမခံကြေးရှိသူ၏ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။_____/_____/________

   အာမခံကြေးရှိသူ၏ အိုင်ဒီ။____________________ အာမခံကြေးရှိသူ၏ ဆိုရှယ်နံပါတ်။____-____-____-____-____-____-____-____-____

3. **အာမခံအစီအစဉ်မရှိသူများအတွက်ရွေးစရာများ။**

   ☐ **ကိုယ်တိုင်စရိတ်ခံခြင်း။** သင့်ကလေးကို ချက်ချင်းပြလိုပါက သွားသန့် စင်ခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုဒ်ဆေးထည့်ပေးခြင်းနှင့် သွားစစ်ဆေးခြင်းများအတွက် $49 ဖြင့် စရိတ်လျှော့ထားသော ကုန်ကျစရိတ်ကို ကိုယ်တိုင်ပေးရန် ဆုံးဖြတ်နိုင်ပါသည်။ သင့်ကလေး၏သွားကို မပြမီ ထို $49 ကိုပေးရမည်ဖြစ်၍ ငွေလွှဲစာ (money order) မှတစ်ဆင့်၊ သို့မဟုတ် (1.855.497.6453) သို့ဖုန်းဆက်ပြီး ဖုန်းမှတစ်ဆင့် ကုန်ကျစရိတ်ပေးနိုင်ပါသည်။

   ☐ **ထောက်ပံ့ကြေးတောင်းဆိုခြင်း။** ကူညီထောက်ပံ့မှုအတွက် စောင့်ဆိုင်းစာရင်းတွင် အမည်စာရင်းပေးထားချင်ပါက ဤအကွက်ကိုရွေးချယ်ခြစ်မှတ်ပေးပါ။ ဤအကူအညီသည် ဦးသူအရင်ရရှိရေးစနစ်ပေါ် အခြေခံသည်။

အဆင့် 3

အရေးကြီးသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ။

1. သင့်ကလေးတွင် နှလုံးရောဂါ၊ အကြောဆွဲ၍တက်ခြင်း၊ မတည့်သောရောဂါ၊ စသည့်ရောဂါအခြေအနေများ ရှိနေပါသလား။ ရှိပါက အောက်တွင်ဖော်ပြပါ။ မရှိပါက ကွက်လပ်ထားပါ။______________________________

   ____

အဆင့် 4

လက်မှတ်ထိုးရန် လိုအပ်သည်

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သော ကျွန်တော်/ကျွန်မ ____________________ အနေနှင့် School Smiles အဖွဲ့၏ သွားဆရာဝန်များမှ မိမိ၏ကလေးအား သွားစစ်ဆေးခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ သန့်စင်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုက်ဆေးထည့်ခြင်း၊ သွားဖာခြင်း၊ စသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအပါအဝင် 6 လတစ်ကြိမ်ပြန်တွေ့သည့်အချိန်တွင် လိုအပ်လျှင် လိုအပ်သလို ဆောင်ရွက်ပေးမည်ဖြစ်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ မိမိ၏ကလေးအနေနှင့် သွားကိုပြန်လည်မွမ်းမံရန်အတွက် သွားဖြည့်ခြင်းနှင့် နေရာအလိုက် ထုံဆေးထိုးခြင်းဖြင့် နောက်ဆက်တွဲ ကုသမှုများ လိုအပ်လျှင် လိုအပ်သလို သွားနှင့်ဆိုင်သော ကုသမှုရရှိရန်အတွက်လည်း မိမိအနေနှင့် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ သွားကိုခွဲစိတ်ဖြည့်စွက်ခြင်း သို့မဟုတ် သွားအသားနုခွဲစိတ်ခြင်း (ငယ်သွားကို ခွဲစိတ်ပြီးဖြည့်စွက်ခြင်း) ကဲ့သို့သော မူလစစ်ဆေးမှုတွင် မတွေ့ရှိရသည့်အခြေအနေများကို တွေ့ရှိမည်ဆိုပါက ကုသမှုပေးနေစဉ် ကုထုံးများပြောင်းလဲရန် သို့မဟုတ် ထပ်မံတိုးချဲ့ရန်လိုအပ်နိုင်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပြီး သဘောတူပါသည်။ မိမိ၏ကလေးအတွက် တစ်ချိန်ချိန်တွင် အစွန်းခံသံမဏိဖြင့် သွားကွပ်ခြင်း သို့မဟုတ် သွားနှုတ်ခြင်းများ လိုအပ်ပါက နောက်ထပ် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးရန် လိုအပ်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာတင်ပြချက်။ ဆောင်ရွက်ပေးမည့် ကုသမှုများသည် ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံအစီအစဉ်၊ ကျန်းမာရေး အာမခံအစီအစဉ်၊ မယ်ဒီကိတ်နှင့် hoosier healthwise အာမခံအစီအစဉ်၊ စသည့်အာမခံကြေးများမှတစ်ဆင့် သင့်ကလေးရရှိမည့် အနာဂတ် အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ကြောင်း အသိပေးလိုပါသည်။ ဤပုံစံစာရွက်၏ ကျောဘက်တွင် School Smiles အဖွဲ့၏ HIPAA ကိုယ်ရေးလျှို့ဝှက်လုံခြုံမှု အကြောင်းကြားချက် မိတ္တူတစ်စုံပါဝင်ပြီး လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် မိမိကလေး၏ ရက်ချိန်းတွင် နောက်ထပ်မိတ္တူတစ်စုံပေးအပ်ရန်ရှိကြောင်းနှင့် ထပ်မံ၍လိုအပ်ပါက 1.855.497.6453 သို့ဖုန်းဆက်ပြီး တောင်းဆိုနိုင်ကြောင်းလည်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

အောက်ပါလက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ပုံမှန်သွားသန့်စင်ခြင်းနှင့်အတူ လိုအပ်မည့်သွားကုသမှု မှန်သမျှအား သင့်အနေနှင့် ခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

➤ **မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်။**____________________ **ရက်စွဲ။**____________

သင့်ကလေးတွင် School Smiles အဖွဲ့မှ ကုသပေးနိုင်သောအရာထက် ပြင်ပကုသမှုလိုအပ်လာလျှင် သင့်ကို လွှဲပြောင်းစာပေးအပ်ပါမည်။

အတွင်းရေး မူဝါဒများဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

School Smile ၏တရားဝင် တာဝန်ဝတ္တရားများ။ ဖယ်ဒရယ်နှင့်ပြည်နယ် ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်များအရ သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။ အတွင်းရေးမူဝါဒများ၊ ဥပဒေဆိုင်ရာတာဝန်များနှင့် သင့်ကျန်းမာရေး အချက်အလက် ကာကွယ်မှုရရှိခွင့် များနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင်သိရှိနားလည်ထားရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ရန် သတ်မှတ်ချက်ရှိပါသည်။ အောက်ဖော်ပြပါ အတွင်းရေးမူဝါဒဆိုင်ရာ သတိပေးချက်သည် ကုသမှုကာလအတွင်း အကျိုးသက်ရောက်မည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ကုသမှုလုပ်ငန်းမှ လိုက်နာဆောင်ရွက်ရပါမည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အတွင်းရေးမူဝါဒများနှင့် ဤသတိပေးချက်၏ သတ်မှတ်ချက်များအား အချိန်မရွေး ပြုပြင်မွမ်းမံရန် အခွင့်အရေးများကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ဝယ်ထားရှိပါသည်။ ပြောင်းလဲမှုများ မလုပ်မီ ကျွန်ုပ်တို့ဖန်တီးခဲ့သော သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိခဲ့သော ဥပဒေကာကွယ်မှုရ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအပါအဝင် ကျွန်ုပ်တို့ထိန်းသိမ်းထားသော ဥပဒေကာကွယ်မှုရ ကျန်းမာရေး အချက်အလက် အားလုံးအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မည့် ပြုပြင်မွမ်းမံခွင့်ကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ဝယ်ထားရှိပါသည်။ အရေးကြီးသော ပြုပြင်မွမ်းမံမှုများအားလုံး မလုပ်မီ ဤသတိပေးချက်ကို ဦးစွာပြုပြင်ပြောင်းလဲမည်။ ဤသတိပေးချက်ကို ရရှိလိုပါက တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

သင်တောင်းဆိုလာမည်ဆိုပါက ဤသတိပေးချက် မိတ္တူများရှိပါသည်။ သင့်ကိုအဆင်ပြေစေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့အား မည်သို့ဆက်သွယ်ရမည် ဆိုသည့်အချက်အလက်များကို ဤသတိပေးချက်၏ အောက်ဆုံးတွင် ရှိပါသည်။

ဥပဒေမှကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်ခြင်း

ကုသမှု၊ ကုန်ကျစရိတ်နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆိုင်ရာ အခြားလုပ်ငန်းများအတွက် သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်ရနိုင်ပါသည်။ အောက်ပါညွှန်းထားသော ဥပမာများတွင် အချက်အလက်အသုံးပြုပုံနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြပုံ လုပ်ငန်းစဉ်များကို ဆက်လက်၍ရှင်းပြထားပါသည်။

ကုသမှု။ ဥပဒေအရအကာအကွယ် ပေးထားသော သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးကို ကုသမှုပေးနေသော အခြား ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ အတွက် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်လျှင်လုပ်ရနိုင်ပါသည်။

ကုန်ကျစရိတ်ပေးခြင်း။ သင့်ကလေးကို ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်တောင်းခံရန် ဥပဒေမှကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်းနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်လျှင်လုပ်ရနိုင်ပါသည်။

အရေးပေါ်အခြေအနေများ။ အရေးပေါ်အခြေအနေ သို့မဟုတ် သင့်ကလေး အသက်ဆုံးရှုံးသော အခြေနေမျိုးတွင် သင့်ကလေး ကျန်းမာရေးအခြေအနေ အကြောင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး မိသားစုဝင် သို့မဟုတ် ကလေးစောင့်ရှောက်မှု တာဝန်ရှိသော အခြားတစ်ဦးတစ်ယောက်အား အကြောင်းကြားရန် သို့မဟုတ် အကြောင်းကြားရာတွင် ကူညီရန် သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ထုတ်ဖော်တင်ပြလျှင် တင်ပြရနိုင်ပါသည်။

ဥပဒေသတ်မှတ်ချက်။ အကာအကွယ်ပေးထားသော သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ဥပဒေအရတောင်းဆိုလာပါက ကျွန်ုပ်တို့မှ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်တင်ပြခြင်းများ လုပ်လျှင်လုပ်ရနိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ရောဂါနှင့်သက်ဆိုင်ပြီး လူထုကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာအကြောင်းရင်းများ၊ ကလေး နှိပ်စက်ညှဉ်းပန်းခြင်း သို့မဟုတ် လျစ်လျူရှုခြင်း တင်ပြနိုင်စွမ်းမရှိခြင်း၊ အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု တင်ပြခြင်း၊ အစားအသောက်နှင့် ဆေးဝါးစီမံအုပ်ချုပ်ရေး Food and Drug Administration ဆိုင်ရာပြဿနာများနှင့် ဆေးဝါးမတည့်သော လက္ခဏာများ တင်ပြခြင်းနှင့် ရောဂါ သို့မဟုတ် ရောဂါပိုးကူးစက်ခြင်းများ တင်ပြခြင်း။

လူထုဘေးကင်းလုံခြုံမှု/ဥပဒေထိန်းသိမ်းရေးရဲ။ သံသယရှိသူ၊ ပြစ်မှုရှောင်ပြေးသူ၊ သို့မဟုတ် ပျောက်နေသူကို ဖော်ထုတ်ရန် သို့မဟုတ် လူတစ်ဦးတစ်ယောက်၊ ပြည်သူလူထု၏ ကျန်းမာရေးနှင့်ဘေးကင်းမှုအပေါ် ပြင်းထန်သောအန္တရာယ် ချက်ချင်းကျရောက်နိုင်သော အခြေအနေမျိုးဖြစ်လာပါက သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ဥပဒေထိန်းသိမ်းရေး ရဲထံသို့ ထုတ်ဖော်တင်ပြလျှင် တင်ပြရနိုင်ပါသည်။

ရက်ချိန်းအတွက် သတိပေးခြင်းများ။ အသံသွင်းအကြောင်းကြားစာပို့ခြင်း၊ ပို့စ်ကဒ်နှင့်စာပို့ခြင်းများဖြင့် ရက်ချိန်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး သတိပေးရာတွင် သင့်ကို ကူညီရန်အတွက် အကာအကွယ်ပေးထားသော သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်များကို အသုံးပြုလျှင် ပြုရနိုင်ပါသည်။

လူနာ၏အခွင့်အရေးများ

အချက်အလက်ရယူခွင့်။ ကန့်သတ်ထားသော ခြွင်းချက်များမှလွဲ၍ ကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အချိန်မရွေးပြန်လည်ဖတ်ရှုခွင့် ရှိပါသည်။ သင့်ဘက်မှ ရေးသားပြီး တောင်းဆိုလာပါက သင့်ကလေး၏အချက်အလက်ကို သင့်အားကျွန်ုပ်တို့ ထုတ်ပေးပါမည်။ သင်တောင်းဆိုလာပါက သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို အခြားနည်းဖြင့် လက်ခံရရှိရန် သို့မဟုတ် အခြားနည်းမှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်ရန်၊ သို့မဟုတ် ပုံမှန်ဆက်သွယ်နည်း၊ စာပို့နည်းမှလွဲ၍ အခြားနေရာသို့ ပို့ပေးစေရန်အတွက် သင့်မှာ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဤလုပ်ထုံးမှတစ်ဆင့် ကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ထုတ်ဖော်တင်ပြမှုများနှင့်ဆိုင်သော စာရင်းတစ်ခုရရှိရန် သင့်မှာ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။

ကန့်သတ်ချက်များ။ သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရာနှင့် ထုတ်ဖော်တင်ပြရာတွင် ကန့်သတ်ချက်အချို့ တောင်းဆိုရန် သင့်မှာအခွင့်အရေးရှိပါသည်။ သို့သော် သင်တောင်းဆိုလာသော ကန့်သတ်ချက်အပေါ် ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူရမည်ဟု သတ်မှတ်ချက်မရှိကြောင်း အသိပေးလိုပါသည်။ နောက်ထပ်ကန့်သတ်ချက်များနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင့်တောင်းဆိုချက်အပေါ် ကျွန်ုပ်တို့လိုက်နာရန် သဘောတူပါက အရေးပေါ်အခြေအနေမျိုးတွင် လုပ်ရမည့်အရာမှလွဲ၍ သဘောတူထားသော ကန့်သတ်ချက်များကို လိုက်နာဆောင်ရွက်ပါမည်။

ပြုပြင်ဖြည့်စွက်မှု။ ကာကွယ်ထားသော သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ပြုပြင်ဖြည့်စွက်ရန်အတွက် သင်ရေးသားထားသော တောင်းဆိုချက်စာ တင်ပြနိုင်ပါသည်။ ၎င်း ပြုပြင်ဖြည့်စွက်မှုတွင် အချက်အလက်ကို အဘယ်ကြောင့် ပြုပြင်ဖြည့်စွက်ရကြောင်း ရှင်းပြချက်ပါဝင်ရမည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်ရန်အတွက် အချို့အခြေအနေများ ရှိနိုင်ပါသည်။

မေးခွန်းများနှင့်/တိုင်ကြားချက်များ။ သင့်၏အတွင်းရေး ဆိုင်ရာအခွင့်အရေး သို့မဟုတ် သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက် ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်ပုံ နှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများ သို့မဟုတ် တိုင်ကြားချက်များရှိပါက ဆက်သွယ်ရန်။

School Smiles

Luis Garabis, DDS

1499 Windhorst Way, Suite 100

Greenwood, IN 46143 ဖုန်းနံပါတ်။ 1.855.49SMILE Fax: 317.886.6636

ကျွန်ုပ်တို့ကိုဆက်သွယ်ရန်၊ contactus@schoolsmiles.com

သင့်၏တိုင်ကြားချက်ကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းခြင်းအပေါ် ကျေနပ်မှုမရှိပါက အမေရိကန်ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးဝန်ဆောင်မှုများ U.S. Department of Health and Human Services ထံသို့ တရားဝင်တိုင်ကြားချက် တင်ပြနိုင်ပါသည်။