



သွားဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု ညှိနှိုင်းရေး

သွားဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် သဘောတူညီချက်

All Smiles Community Oral Health သည် သင့်ကလေး၏ကျောင်းနှင့် အတူပူးပေါင်း၍ အခမဲ့ သွားဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုကို ညှိနှိုင်းပံ့ပိုးပေးလျက်ရှိသည်။ သင့်သဘောတူညီချက်ကို ရရှိသည့်အခါ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ရပ်ရွာအသိုင်းအဝိုင်းရှိ သွားဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုရရှိနိုင်မည့်နေရာကို သင့်အား ကူညီရှာဖွေပေးပါမည်။ သင့်ကလေးအတွက် လိုအပ်သော အကူအညီကို ချက်ချင်းရရှိအောင် စတင်ဆောင်ရွက်နိုင်စေရန် အောက်ပါပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

ကလေး၏ အမည်- _____	(နောက်ဆုံးစာလုံး)	(ပထမစာလုံး)	(ဦးစားပေးအမည်)
ကလေး၏မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)- _____ / _____ / _____			အတန်း- _____
ကျောင်း- _____			

ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအမည်- _____	
သင့်ထံ ဆက်သွယ်ရန် အဆင်အပြေဆုံး ဖုန်းနံပါတ်- _____	စာတိုပို့ရန် ခွင့်ပြုချက်- <input type="checkbox"/> ခွင့်ပြု <input type="checkbox"/> ခွင့်မပြု
အီးမေးလ်လိပ်စာ- _____	
စာပို့ရန်လိပ်စာ- _____	
အိမ်တွင်ပြောဆိုသည့် ဘာသာစကား- _____	

သင့်ကလေးအား ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်ရန် အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပေးပါ-

ကျွန်ုပ်၏ကလေး ခံစားနေရသည်မှာ (သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ)-	
<input type="checkbox"/> နာကျင်ခြင်း <input type="checkbox"/> ရောင်ရမ်းခြင်း <input type="checkbox"/> သွေးထွက်ခြင်း <input type="checkbox"/> ခံတွင်းအနာများ <input type="checkbox"/> မသက်မသာခံစားရခြင်း <input type="checkbox"/> သွားကျိုးခြင်း <input type="checkbox"/> အခြား _____	
ကျွန်ုပ်၏ကလေး သောက်သုံးနေသည့်ဆေးများ (ဆေးဝါးများကို ဖော်ပြပါ)-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့် ဓာတ်မတည့်သည့်အရာ-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
လက်ရှိ ခံစားနေရသည့်ရောဂါများ-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
အပြုအမူဆိုင်ရာ ထည့်သွင်းစဉ်းစားစရာများ-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ကူညီပေးမည့် အခြားအချက်အလက်များ-	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါ ကဏ္ဍကို ဖြည့်စွက်ပါ။ ငွေတောင်းခံလွှာကို သင် လက်ခံရရှိမည်မဟုတ်ပါ။

ကျန်းမာရေးအာမခံ- <input type="checkbox"/> Oregon ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် (Oregon Health Plan, OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိက သွားဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံကုမ္ပဏီ _____ <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေး အာမခံ မရှိပါ	သင့်မိသားစုအတွက် စောင့်ရှောက်မှုကို အခမဲ့ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။ ငွေတောင်းခံလွှာကို သင် လက်ခံရရှိမည်မဟုတ်ပါ။
--	--

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့်-

တရားဝင်မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် သက်ဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်အပါအဝင် အချက်အလက်များကို မှတ်တမ်းမှတ်ရာအဖြစ် သိမ်းဆည်းထားနိုင်စေရန် All Smiles Community Oral Health နှင့် အတူပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နေသည့် မိတ်ဖက်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ၊ ကျောင်းဝန်ထမ်းများ၊ အာမခံကုမ္ပဏီများ၊ ကလေး၏ သွားဆရာဝန်၊ သက်ဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းစောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့အစည်း နှင့်/သို့မဟုတ် သွားဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့တို့အကြား ထုတ်ပြန်ခြင်းနှင့် ဖလှယ်ခြင်းအား ဤတွင် သဘောတူခွင့်ပြုလိုက်သည်။

"ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအကြောင်း သတိပေးချက်များ" မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို All Smiles ဝက်ဘ်ဆိုက် AllSmilesCOH.org/forms တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- _____ နေ့စွဲ- _____