



الفاكس:- 888 781 5678 البريد الإلكتروني: cwright@schoolsmiles.com الرقم المجاني: 1-855-497-6453

يجب إكمال النموذج الجديد كل عام دراسي إذا كنت تود مشاركة طفلك

سجّل اليوم لرؤية طبيب الأسنان في المدرسة!!

املا النموذج وعد إلى المدرسة أو اشترك عبر الإنترنت من الرابط التالي: www.schoolsmiles.com/student-signup

معلومات عامة عن الطفل		الخطوة 1
الاسم القانوني للطفل: _____ / _____ / _____	تاريخ الميلاد: _____ (ضع دائرة حول) ذكر أنثى	
العنوان: _____	المدينة: _____	
المدرسة: _____	المقاطعة: _____	
اسم الوالد/الوصي: _____	الصف: _____	
رقم الضمان الاجتماعي للطفل: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	الهاتف: _____ (_____)	
البريد الإلكتروني: _____		

البيانات الخاصة بدفع تكلفة الخدمة: (برجى التحديد)		الخطوة 2
<input type="checkbox"/> غير مؤمن عليه	<input type="checkbox"/> تأمين خاص	
<input type="checkbox"/> MEDICAID		
1 بيانات Medicaid: مُعرّف هوية من 10 أ 12 رقمًا # _____		
خطة Managed Care: _____		
2 التأمين الخاص: _____		
اسم شركة تأمين خدمات طب الأسنان: _____		
اسم المشترك: _____		
مُعرّف هوية المشترك: _____		
رقم الضمان الاجتماعي للمشارك: _____		
3. خيارات خدمات طب الأسنان غير الخاضعة للتأمين: _____		
<input type="checkbox"/> خيار Self Pay (الدفع الذاتي): إذا رغبت في فحص طفلك فوراً، فلدبك خيار دفع الرسوم المُخفّضة التي تبلغ 99 دولارًا، والتي تشمل تنظيف الأسنان وإجراء الأشعة السينية واستعمال الفلورايد والفحص. يجب دفع 99 دولارًا قبل فحص طفلك عبر حوالة مالية أو الاتصال بالرقم 1.855.497.6453 لتقديم المبلغ عبر الهاتف.		
<input type="checkbox"/> خيار Grant Request (طلب منحة). تتوفر خدمات مجانية على أساس أسبقية الوصول.		

أسئلة مهمة عن الصحة:		الخطوة 3
1. هل طفلك مصاب بأي من الحالات الطبية التالية في الوقت الحالي: مشكلات قلبية، أو اضطرابات من النوبات التشنجية أو أي من أنواع الحساسية، إلى غير ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تحديدها أدناه. إذا كانت الإجابة "لا"، فيترك هذا الحقل فارغًا: _____		

التوقيع المطلوب		الخطوة 4
أنا الوالد(ة)/الوصي _____ أعي ذلك وأصرح لأطباء الأسنان في School Smiles بتقديم الخدمات التالية لطفلي في المدرسة، والتي تتضمن: الفحص، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان، واستعمال الفلورايد والمواد التي تحمي ضرورس الطواحن وفقاً لحاجته لها، على أن يكون ذلك في شكل فحوصات دورية تتم كل 6 أشهر. كما أصرح بتلقي طفلي لعلاج الأسنان وفق ما يلزم من أجل رعاية المتابعة في شكل حشوات ترميمية وتخدير موضعي لتخدير المنطقة التي يُراد علاجها. أعي وأوافق على أنه قد يكون من الضروري أثناء العلاج تغيير أو إضافة إجراءات بسبب ما قد يتبين من مستجدات لم يتم اكتشافها أثناء الفحص الأولي مثل كبر حجم الحشوات أو إجراء استئصال اللب الجزئي (عملية القناة الجذرية في سن الرضيع). أعي أنه في أي وقت يحتاج فيه طفلي إلى تاج من الفولاذ غير القابل للصدأ أو خلع سن أو ضرس، سيطلب الأمر موافقة إضافية.		
البيان المالي: نرجوا أن ندرک أن أي علاج يتم تقديمه قد يؤثر على المزايا المستقبلية التي سيتلقاها طفلك بموجب التأمين الخاص، وبرنامج التأمين الصحي، و Hoosier Healthwise و Medicaid. مدرج في الصفحة الخلفية من هذا النموذج نسخة من إخطار الخصوصية لقانون قابلية نقل عقد التأمين الصحي وتحمل المسؤولية (HIPAA)، وبالتوقيع على هذا النموذج، أعي أيضاً أنه سيتم تقديم نسخة من هذا الإخطار في موعد طفلي مع طبيب الأسنان وأنه يمكن طلب نسخة إضافية بالاتصال بالرقم 1.855.497.6453.		
يعني توقيعك أدناه أنك توافق على إجراءات تنظيف الأسنان التي تتم دورياً بالإضافة إلى أي علاج أسنان ضروري لعام دراسي واحد.		
التاريخ: _____		
توقيع الوالد(ة)/الوصي: _____		
إذا تطلبت حالة طفلك علاجاً خارج نطاق ما يمكن تقديمه من جانب School Smiles، فيتم تقديم إحالة إليك.		