Burmese

School Smiles
On-site Dental Care

ဖက်စ်နံပါတ်။ 888-781-5678 အီးမေးလ်။ cwright@schoolsmiles.com အခမဲ့ဖုန်း။ 1-855-497-6453

သင့်ကလေးကို သွား ကုသမှုရရှိစေချင်လျှင် စာသင်နှစ် တစ်နှစ်စီ အတွက် ပုံစံစာရွက်အသစ်တစ်ရွက် ဖြည့်ရမည်

ကျောင်း၌ သွားဆရာဝန်များနှင့်တွေ့ဆုံရန်အတွက် ယနေ့စာရင်းသွင်းပါ။

ဖြည့်စွက်ပြီး ကျောင်းသို့ပြန်ပို့ပါ၊ သို့မဟုတ် အွန်လိုင်းတွင် အမည်စာရင်းသွင်းပါ။ **www.schoolsmiles.com/student-signup**

အဆင့် 1

ကလေး၏ အထွေထွေအချက်အလက်

ကလေး၏ တရားဝင်အမည်။________________ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။____/____/____(ဝိုင်းပေးပါ) ကျား မ

လိပ်စာ။________________ မြို့။________ ပြည်နယ်။______ ဇစ်ကုဒ်။______

ကျောင်း။________________ ကောင်တီမြို့နယ်စု။________ အတန်း။______ အတန်းနံပါတ်။______

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်။________________ ဖုန်း။(______)________

ကလေး၏ဆိုရှယ်နံပါတ်။ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ အီးမေးလ်။________________

အဆင့် 2

ကုန်ကျစရိတ်အချက်အလက်။ (ရွေးပါ) **မယ်ဒီကိတ်** ☐ **ပုဂ္ဂလိကအာမခံကြေးအစီအစဉ်** ☐ **အာမခံကြေးအစီအစဉ်မရှိ** ☐

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

   အာမခံအစီအစဉ်စီမံဆောင်ရွက်သူ။________________

2. **ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံကြေးအစီအစဉ်။**

   သွားအတွက် အာမခံအစီအစဉ် ဆောင်ရွက်ပေးသောကုမ္ပဏီအမည်။________________ အာမခံကုမ္ပဏီ ဖုန်းနံပါတ်။________

   အာမခံထားရှိသူ၏ အမည်။________________ အာမခံထားရှိသူ၏ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်။____/____/____

   အာမခံထားရှိသူ၏ အိုင်ဒီ။________________ အာမခံထားရှိသူ၏ ဆိုရှယ်နံပါတ်။ ___-___-___-___-___-___-___-___-___

3. **အာမခံကြေးအစီအစဉ်မရှိသူများအတွက်ရွေးစရာများ။**

   ☐ **ကိုယ်တိုင်စရိတ်ခံခြင်း။** သင့်ကလေးကို ချက်ချင်းပြလိုပါက သွားသန့်စင်ခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုဒ်ဆေးထည့်ပေးခြင်းနှင့် သွားစစ်ဆေးခြင်းများအတွက် **$49 ဖြင့် လျှော့ထားသော ကုန်ကျစရိတ်ကို** ကိုယ်တိုင်ပေးရန် ဆုံးဖြတ်နိုင်ပါသည်။ **ယင်း $49 ကို ငွေလွှဲစာ (money order) မှတစ်ဆင့်၊ သို့မဟုတ် ဖုန်းမှတစ်ဆင့် ပေးမည်ဆိုပါက (1.855.497.6453) သို့ဖုန်းဆက်ခြင်းဖြင့် သင့်ကလေး၏သွားကို မပြမီ ငွေပေးချေရမည်။**

   ☐ **ထောက်ပံ့ကြေးတောင်းဆိုခြင်း။** သွားအတွက် အခမဲ့ ဝန်ဆောင်မှုများကို ဦးသူအရင် ဦးစားပေးစနစ်ဖြင့် ဆောင်ရွက်ပေးသည်။

အဆင့် 3

အရေးကြီးသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ။

1. သင့်ကလေးတွင် နှလုံးရောဂါ၊ ကျောက်ကပ်ရောဂါ၊ မတည့်သောရောဂါ၊ စသည့်ရောဂါအခြေအနေများ ရှိနေပါသလား။ ရှိပါက အောက်တွင်ဖော်ပြပါ။ မရှိပါက ကွက်လပ်ထားပါ။________________

____

အဆင့် 4

လက်မှတ်ထိုးရန် လိုအပ်သည်

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သော ကျွန်တော်/ကျွန်မ ________________ နှင့် School Smiles အဖွဲ့၏ သွားဆရာဝန်များမှ မိမိ၏ကလေးအား သွားစစ်ဆေးခြင်း၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ သန့်စင်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုက်ဆေးထည့်ခြင်း၊ သွားဖာခြင်း၊ စသည့်ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျောင်းပြင်ပတွင် သွားဆရာဝန်အချိန်တွင် လိုအပ်လျှင် လိုအပ်သလို ဆောင်ရွက်ပေးမည်ဖြစ်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပြီး ခွင့်ပြု ချက်ပေးပါသည်။ မိမိ၏ကလေးအနေနှင့် သွားကိုပြန်လည်မွမ်းမံရန်အတွက် သွားဖြည့်ခြင်းနှင့် နေရာအလိုက် ထုံဆေးထိုးခြင်းဖြင့် နောက်ဆက်တွဲ ကုသမှုများ လိုအပ်လာနိုင်လိုအပ်သလို သွားနှင့်ဆိုင်သော ကုသမှုရရှိရန်အတွက်လည်း မိမိအနေနှင့် ခွင့်ပြု ချက်ပေးပါသည်။ သွားကိုခွဲစိတ်ဖြည့်စွက်ခြင်း သို့မဟုတ် သွားအသားနှုခွဲစိတ်ခြင်း (ငယ်သွားကို ခွဲစိတ်ပြီးဖြည့်စွက်ခြင်း) ကဲ့သို့သော မူလစစ်ဆေးမှုတွင် မတွေ့ရှိရသည့်အခြေအနေများကို တွေ့ရှိသည်ဆိုပါက ကုသမှုပေးနေစဉ် ကုထုံးများပြောင်းလဲရန် သို့မဟုတ် ထပ်မံတိုးချဲ့ရန်လိုအပ်နိုင်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပြီး သဘောတူပါသည်။ မိမိ၏ကလေးအတွက် တစ်ချိန်ချိန်တွင် အစွန်းခံသံမဏိဖြင့် သွားကွပ်ခြင်း သို့မဟုတ် သွားနှုတ်ခြင်းများ လိုအပ်ပါက နောက်ထပ် သဘောတူခွင့်ပြု ချက်ပေးရန် လိုအပ်ကြောင်း မိမိအနေနှင့် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာတင်ပြချက်။ ဆောင်ရွက်ပေးမည့် ကုသမှုများကို ပုဂ္ဂလိကပိုင်အာမခံကြေးအစီအစဉ်၊ ကျန်းမာရေး အာမခံအစီအစဉ်၊ မယ်ဒီကိတ်နှင့် hoosier healthwise အာမခံအစီအစဉ်၊ စသည့်အာမခံအစီအစဉ်များမှတစ်ဆင့် သင့် ကလေး ရရှိမည့် အကျိုးခံစားခွင့်များတွင် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ကြောင်း အသိပေးလိုပါသည်။ ဤပုံစံစာရွက်၏ ကျောဘက်တွင် School Smiles အဖွဲ့၏ HIPAA ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ကြေညာချက် 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 လမ်းညွှန်ပြောင်းစာပေးအပ်ပါမည်။

Burmese