

Школа: _____

Имя учителя: _____

Класс: _____

Реализуемая на базе школ программа - пломбирования зубов Форма разрешения от родителя

ВОПРОСЫ? Звоните координатору стоматологического обслуживания СНС: 253-210-5294

Community Health Care (СНС) является некоммерческим поставщиком стоматологических услуг, которого выбрал Департамент здравоохранения округа Тасома-Пирс (Tacoma-Pierce County Health Department) для предоставления в школе удобного стоматологического обслуживания в целях профилактики. С вашего разрешения зарегистрированный стоматолог обследует вашего ребенка, расскажет о гигиене ротовой полости и правильной чистке зубов, а также выполнит пломбирование и нанесет фторсодержащий лак. Мы сообщим вам о результатах обследования вашего ребенка и поможем с направлением к стоматологу при необходимости. Если позволим наш график, мы вернемся в течение учебного года, чтобы убедиться, что все пломбы на месте, и нанести при необходимости фторсодержащий лак еще раз. Такое обслуживание не будет противоречить регулярному осмотру ребенка у семейного стоматолога раз в 6 месяцев.

Имя ученика Имя Средний инициал Фамилия (если у ребенка 2 фамилии, укажите обе) _____ / _____ / _____ Дата рождения ученика _____ / _____ / _____

Родитель/опекун Имя Средний инициал Фамилия _____ / _____ / _____ Дата рождения родителя _____ / _____ / _____ Домашний/мобильный телефон _____

Адрес _____ Город / штат / почтовый индекс _____ / _____ / _____

Имя стоматолога ребенка — *если применимо* _____ Дата последнего визита _____

Укажите пол своего ребенка. Мужской Женский

Укажите этническое происхождение своего ребенка. Испаноязычные Неиспаноязычные

Укажите расу своего ребенка. Азиаты / выходцы с островов Тихого океана Темнокожие/афроамериканцы Белые
 Американские индейцы Смешанной расы Другие Предпочитаю не отвечать

Медицинский анамнез. Отметьте все заболевания или состояния, которые в данный момент наблюдаются у вашего ребенка или наблюдались в прошлом:

В данный момент не имеет проблем со здоровьем Астма Аллергия на латекс Другие виды аллергии _____

Эпилепсия/припадки Диабет Проблемы с сердцем Другие проблемы со здоровьем _____

Отметьте один из вариантов и внесите необходимую информацию. СНС выставит счет страховой компании, а не вам.

Apple Health/Medicaid в штате Washington: Впишите 9-значный номер своего ребенка, указанный на карте Provider One / карте обслуживания в штате Washington. _____ WA

Частная страховая компания: Название страховой компании: _____

Имя участника страхового плана: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____

Идентификационный номер участника страхового плана: _____ Группа или номер страхового полиса: _____

Адрес страховой компании: _____ Номер телефона страховой компании: _____

Страховка отсутствует. В настоящий момент у моего ребенка нет стоматологической страховки. Я разрешаю своему ребенку участвовать в предоставлении ему бесплатных услуг, которые предлагает ваша программа. Прошу также прислать мне информацию о программе Apple Health / Medicaid в штате Washington. **Никому из детей не было отказано в обслуживании из-за неспособности оплатить услуги!**

МОЕМУ РЕБЕНКУ РАЗРЕШЕНО ПОЛУЧАТЬ ТАКИЕ УСЛУГИ, КАК ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НАНЕСЕНИЕ ФТОРСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА И/ИЛИ ПЛОМБИРОВАНИЕ, НА ПРОТЯЖЕНИИ ТЕКУЩЕГО УЧЕБНОГО ГОДА. «Я разрешаю школьному округу, в котором учится мой ребенок, отпускать его с занятий для посещения специалистов организации Community Health Care в учебные дни, указанные выше, для оказания ему любых из приведенных в этом документе стоматологических услуг, а также разрешаю школьному округу, в котором учится мой ребенок, предоставлять эту форму согласия в Департамент здравоохранения округа Тасома-Пирс и организацию Community Health Care».

Подпись родителя/опекуна (обязательно) _____

Дата _____ / _____ / _____

Community Health Care придерживается всех стандартов Закона о медицинском страховании и ответственности относительно хранения соответствующей информации (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 г. Мы обязуемся защищать конфиденциальность медицинской информации вашего ребенка. HIPAA требует сохранять конфиденциальность всех медицинских записей. Подписывая этот документ выше, вы даете нам разрешение обращаться к медицинскому персоналу школьного округа, в котором учится ваш ребенок, по поводу потребностей вашего ребенка в стоматологических услугах и информации о медицинском обслуживании.

Для служебного пользования

Подпись стоматолога _____ Дата _____ / _____ / _____

Заявление на Предоставление Гибких Условий Выплат

Для того, чтобы соответствовать требованиям наших Федеральных грантов, мы должны собрать информацию о доходе у всех пациентов. Для того, чтобы соответствовать условиям гибких выплат (для пациентов, не имеющих страховки, и для тех, чья страховка может не оплатить все услуги), вы должны предоставить информацию, которая запрашивается ниже.

Сколько людей живут на этот доход? _____

Укажите количество людей в Вашей семье, которые живут в том же доме, делят тот же доход, пищу и аренду. Это количество включает Вас, Вашего супруга, и/или любых иждивенцев. Пожалуйста, перечислите людей, которых Вы включили:

Имя	Степень Родства с Вами	Имя	Степень Родства с Вами
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Какая сумма ежемесячного дохода в Вашей семье образуется в результате:

Работы	_____	Получения Пособия по Нетрудоспособности	_____
Получения Пособия по Безработице	_____	Получения Средств из Пенсионных Фондов	_____
Получения Социального Страхования	_____	Получения выплат, предоставляемым ветеранам	_____
Поддержки Супруга	_____	Получения Социальной Помощи	_____
Получения Стипендии/Грантов	_____	Получения Пособия на Жилье	_____
Получения Военных Отчислений на Семью	_____	Прочего	_____

Полный месячный доход \$ _____

Насколько мне известно, предоставленная информация правдивая и правильная. Я даю разрешение Community Health Care проверить информацию по моему финансовому статусу.

_____	_____	_____
Имя Пациента	Подпись Пациента	Дата
_____	_____	_____
Дата рождения	Подпись сотрудника	Дата

Я отказываюсь предоставлять информацию о своем доходе в данном случае. Я понимаю, что в связи с этим я не имею права на какие-либо скидки, даже если моя страховка откажется платить.

_____	_____	_____
Имя Пациента	Подпись Пациента	Дата
_____	_____	_____
Дата рождения	Подпись сотрудника	Дата

For Office Use Only:

Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____