

Trường: _____

Tên Giáo Viên: _____

Khối Lớp: _____

Mẫu Cho Phép của Phụ Huynh về Chương Trình Trám Răng Tại Trường

QUÝ VỊ CÓ CÂU HỎI? Xin gọi cho Phó Trí Viên Nha Khoa của CHC:253-210-5294

Community Health Care (CHC) là một nhà cung cấp dịch vụ nha khoa phi lợi nhuận được Tacoma-Pierce County Health Department lựa chọn để cung cấp dịch vụ nha khoa dự phòng tiện lợi tại trường học. Với sự cho phép của quý vị, một Nha Sĩ đã đăng ký sẽ khám sàng lọc cho con em quý vị, hướng dẫn trẻ vệ sinh răng miệng, hướng dẫn chải răng đúng cách và trám răng cũng như bôi fluor. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về kết quả khám và giúp giới thiệu con em quý vị tới nha sĩ, nếu cần. Nếu lịch trình cho phép, cũng trong năm học này, chúng tôi sẽ quay lại để đảm bảo vật liệu trám răng vẫn còn nguyên và thực hiện một lượt bôi fluor khác nếu thích hợp. Dịch vụ này sẽ không xung đột với kỳ khám sức khỏe định kỳ 6 tháng một lần của con em quý vị với nha sĩ gia đình.

Tên Họ của Học Sinh Tên Chữ Đầu Tên Đệm Họ (nếu trẻ dùng 2 họ, vui lòng điền cả hai) Ngày Sinh của Học Sinh

Phụ Huynh/Người Giám Hộ Tên Chữ Đầu Tên Đệml Họ Ngày Sinh của Phụ Huynh Điện Thoại Cố Định/Di Động

Địa Chỉ Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính

Tên Nha Sĩ của Trẻ - Nếu có Ngày Thăm Khám Gần Nhất

Giới tính của con em quý vị là gì? Nam Nữ

Sắc tộc của con em quý vị là gì? Gốc Tây Ban Nha Không Phải Gốc Tây Ban Nha

Chủng tộc của con em quý vị là gì? Người Châu Á/Người Đảo Thái Bình Dương Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi
 Người Chủng Tộc Âu Người Mỹ Bản Địa Đa Chủng Tộc Khác Không Muốn Tiết Lộ

Bệnh Sử Vui lòng đánh dấu mọi bệnh trạng hiện tại hoặc trước đây của con em quý vị:

Hiện không có vấn đề sức khỏe nào đáng lo ngại Hen Suyễn Dị Ứng Latex Loại Dị Ứng Khác _____
 Động Kinh/Co Giật Tiểu Đường Vấn Đề Tim Mạch Vấn đề sức khỏe khác? _____

Vui lòng đánh dấu chọn một trong các lựa chọn và điền đầy đủ thông tin: **CHC sẽ lập hóa đơn cho hãng bảo hiểm, không lập cho quý vị.**

Washington Apple Health/Medicaid: Vui lòng cung cấp dãy 9 chữ số trên Thẻ Dịch Vụ Tiểu Bang Washington/Provider One của trẻ.
Số ID _____ WA

Bảo Hiểm Tư Nhân: Tên Hãng Bảo Hiểm _____

Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: _____ / _____ / _____

Số ID Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____ Mã Nhóm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm: _____

Địa Chỉ Hãng Bảo Hiểm: _____ Số Điện Thoại Hãng Bảo Hiểm: _____

Không có bảo hiểm: Con em tôi hiện không được bao trả theo loại bảo hiểm nha khoa nào, tôi cho phép con em tôi tham gia thông qua các dịch vụ được hỗ trợ chi phí mà chương trình của quý vị cung cấp. Ngoài ra, hãy gọi cho tôi thông tin về chương trình Apple Health/Medicaid của Tiểu Bang Washington. **Tất cả các trẻ đều được phục vụ, bất kể khả năng chi trả!**

CON EM TÔI ĐƯỢC PHÉP NHẬN DỊCH VỤ ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG, BÔI FLUOR VÀ/HOẶC TRÁM RĂNG TRONG NIÊN KHÓA NÀY. "Tôi cho phép Khu Học Chánh của con em tôi được giao con em tôi cho nhân viên của Community Health Care trong (các) ngày đi học nêu trên, để thực hiện bất kỳ dịch vụ nha khoa nào được chỉ ra tại đây, cũng như cho phép khu học chánh của con em tôi được chuyển mẫu chấp thuận này cho Tacoma-Pierce County Health Department và Community Health Care."

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ (Bắt buộc) Ngày

Community Health Care tuân thủ tất cả các tiêu chuẩn của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act 1996, HIPAA). Chúng tôi cam kết bảo vệ quyền riêng tư đối với thông tin sức khỏe của con em quý vị. HIPAA yêu cầu bảo mật mọi hồ sơ chăm sóc sức khỏe. Bằng việc ký tên ở trên, chúng tôi được quý vị cho phép trao đổi với nhân viên y tế của khu học chánh của con em quý vị về nhu cầu nha khoa cũng như thông tin chăm sóc sức khỏe của con em quý vị.

FOR OFFICE USE ONLY

Chữ Ký của Nha Sĩ _____ Ngày _____ / _____ / _____

Đơn đăng ký áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập

Để đáp ứng các yêu cầu về trợ cấp của Liên bang, chúng tôi phải thu thập thông tin thu nhập đối với tất cả bệnh nhân. Để đủ điều kiện áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập (đối với bệnh nhân không có bảo hiểm và những bệnh nhân có bảo hiểm không thể thanh toán hết toàn bộ các dịch vụ), quý vị phải điền thông tin bên dưới.

Mức thu nhập này cấp dưỡng cho bao nhiêu người? _____

Sử dụng số người trong gia đình quý vị sống trong cùng một hộ gia đình và chia sẻ thu nhập, thực phẩm và/hoặc tiền thuê nhà. Những người đó bao gồm quý vị, vợ/chồng của quý vị và/hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào. Vui lòng liệt kê những người quý vị đã nêu:

TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Có bao nhiêu thu nhập gộp HÀNG THÁNG của hộ gia đình quý vị thu được từ:

Công ăn việc làm	_____	Khuyết tật	_____
Thất nghiệp	_____	Quỹ hưu trí	_____
An sinh xã hội	_____	Trợ cấp cựu chiến binh	_____
Trợ cấp dành cho vợ/chồng	_____	Viện trợ của Chính phủ	_____
Học bổng/tài trợ	_____	Trợ cấp nhà ở	_____
Các khoản phân bổ cho gia đình quân nhân	_____	Khác	_____

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG \$ _____

Theo những gì tôi biết, những thông tin được cung cấp là đúng và chính xác. Tôi cho phép Community Health Care xác minh thông tin về tình hình tài chính của tôi.

_____	_____	_____
Tên bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Ngày
_____	_____	_____
Ngày sinh của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ (nếu áp dụng)	Ngày

Tôi từ chối tiết lộ thông tin thu nhập của mình vào thời điểm này. Tôi hiểu rằng khi làm như vậy, tôi không đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản giảm giá nào, ngay cả khi bảo hiểm của tôi từ chối thanh toán.

_____	_____	_____
Tên bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Ngày
_____	_____	_____
Ngày sinh của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ (nếu áp dụng)	Ngày

For Office Use Only:

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