



သွား ထေးပိတ်မှု ခွင့်ပြုချက် ဖြတ်ပိုင်း - ပုံစံ

သည် ထဲက ကလေးများ အားလုံး အတွက် ကြိုတင်ကာကွယ်ရေး သွားထေးပိတ်ရေး အစီအစဉ်ကို ကမ်းလှမ်းထားပါသည်။ Wisconsin Seal-A-Smile မှ ငွေကြေးထောက်ပံ့လုပ်ကိုင်မည့် ယင်းအစီအစဉ်ကို စိစ်ကွန်စင် ကလေးကျန်းမာရေး ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မှု (Children's Health Alliance of Wisconsin) နှင့် စိစ်ကွန်စင် ကျန်းမာရေး ဌာန ဝန်ဆောင်မှုများ (Wisconsin Department of Health Services) တို့မှ ပူးပေါင်းချမှတ်ပေးခဲ့ကြပါသည်။ လိုင်စင်ရ သွားဖက်ဆိုင်ရာဝန်ထမ်း ကျောင်းသို့လာရောက်ပြီး အခမဲ့ သွားထေးပိတ်မှုကို ပြုလုပ်ပေးပါမည်။ အစီအစဉ်ထဲ ပါဝင်သည်မှာ- သွားကို ထေးပိတ်ပေးရန် လိုမလို စစ်ဆေးကြည့်ခြင်း၊ သင့်တော်ပါက သွားထေးပိတ်မှုပြုလုပ်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုဒ်ဖြင့် ကုသပေးခြင်း နှင့် သွားပွတ်တံ အသစ်ဖြင့် သွားတိုက်မှုဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်ပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ဘာတွေကို လုပ်ပေးခဲ့ကြောင်းနှင့် အနာဂတ်လိုအပ်ချက်များအတွက် အကြံပြုထောက်ခံချက်ပါသည့် နောက်ဆက်တွဲလုပ်ဆောင်စရာ စာတစ်စောင်ကို အိမ်ကို ပို့ပေးပါလိမ့်မည်။ လုပ်ငန်းစဉ် အားလုံးတို့ကို ကျောင်းမှာလုပ်ပေးရမည့် သွားထေးပိတ်ရေး အစီအစဉ်များအတွက် ပြုစုပေးထားသည့် အမေရိကန် သွားကု အဖွဲ့ (American Dental Association) နှင့် ရောဂါများ ထိန်းချုပ်ရေး နှင့် ဟန့်တားရေး ဌာန (Centers for Disease Control and Prevention) တို့ထံမှ အကြံပြုချက်များနှင့်အညီ ဆက်လက်ပြုလုပ်ပါလိမ့်မည်။ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကာလအတွက် ဖြစ်ပြီး တစ်နှစ်ကြာပြီးသည့်နောက် စစ်ဆေးကြည့်ချိန်တွင် ကျပျောက်သွားသည့် ထေးပိတ်မှုများကို အစားထိုးပေးရန် သို့မဟုတ် ယခုနှစ်ထဲတွင် ဖာထေးမပေးခဲ့သည့် သွားများကို ထေးပိတ်ပေးရန်အတွက် ဖြစ်ပါသည်။

ကလေး၏ နောက်ဆုံးအမည်စာလုံး - _____ ပထမဆုံးအမည်စာလုံး - _____ မွေးရက် ____/____/____

ကလေး၏ ဆရာ - _____ အတန်း - _____ တစ်ရက် ဝိုင်းပေးပါ- ကျား မ

ဟုတ်ကဲ့၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို ကျောင်းမှာပြုလုပ်မည့် သွား ကာကွယ်ရေး အစီအစဉ်ထဲတွင် ပါဝင်စေလိုပြီး Forward Health သို့မဟုတ် တတိယပါတီ အာမခံကုမ္ပဏီထံသို့ ကျသင့်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံရန်ကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ Wisconsin ကျောင်းသား ID နံပါတ်ကို ကျောင်းမှာပြုလုပ်မည့် အစီအစဉ်သို့ မျှဝေပေးရန်ကို ကျောင်းအား ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ (ကျေးဇူးပြုပြီး ပုံစံ၏ ကျန်အပိုင်းများကို ဖြည့်ပေးပြီး သင့်ကလေး၏ ကျောင်းသို့ ပြန်ပေးပို့ပါ)

မဟုတ်၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို ကျောင်းမှာပြုလုပ်မည့် သွား ကာကွယ်ရေး အစီအစဉ်ထဲတွင် မပါဝင်စေလိုပါ။ (လက်မှတ်ထိုးပြီး သင့်ကလေး၏ ကျောင်းသို့ ပြန်ပေးပို့ပါ)

_____/_____/_____ ရက်စွဲ ____/____/____
(စာလုံးဖြင့်) မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ (ထိုးမြဲလက်မှတ်) မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ

မပါဝင်စေလိုသည့် အကြောင်းရင်းက ဘာများဖြစ်ပါသနည်း။ _____

သင့်ကလေးတွင် သွားဘက်ဆိုင်ရာ မည်သည့် အာမခံ ရှိပါသနည်း။ အာမခံအကျုံးဝင်မှုအပေါ် အခြေပြုပြီး မည်သည့် ကျောင်းသားကိုမှ ဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်မည် မဟုတ်ပါ

- Forward Health/Medicaid/BadgerCare ပုဂ္ဂလိက အာမခံ (ဥပမာ၊ Delta၊ Cigna) အာမခံ မရှိပါ အခြား _____

လူမျိုး (တစ်ခု ရွေးပါ)- စပိန်နွယ် စပိန်မဟုတ် မသိပါ

- အသားအရောင် (တစ်ခု ရွေးပါ) မျက်နှာဖြူ လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် အာရှသား
- အမေရိကန် အင်ဒီယန်/အလာစ်ကာ ဇာတိ ဟာဝေယံ ဇာတိ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား
- မသိပါ/မရရှိနိုင်ပါ

*လက်ရှိအစီအစဉ်ထဲတွင် ရရှိမည့် ကုသမှုမှာ ပုံမှန်သွားစောင့်ရှောက်မှုကို အစားထိုးမှု မဟုတ်ပါ။ လုပ်ရိုးလုပ်စဉ် သွားဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် နှင့် သင့်ကလေးက လက်ရှိ ကျောင်းမှာ ပြုလုပ်ပေးမည့် သွားနှင့်ပူးစပ်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်နောက်မှာ ပေးမည့် အကြံပြုချက်များကို လိုက်လုပ်နိုင်ရန်အတွက် အပါအဝင် အိမ်မှာ သွားကုရန် (မိသားစု သွားကုဆရာဝန်)ကို ရှာကြိုစီစဉ်ထားရန် အထူးအကြံပေးလိုပါသည်။

ကျေးဇူးပြုပြီး သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးပါ- (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)

1. သင့်ကလေးသည် ဆရာဝန်မှ ညွှန်းပေးထားသည့် သောက်ဆေးများရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဟုတ်လျှင်၊ ဆေးအမျိုးအစား? _____

2. သင့်ကလေးသည် ရွယ်တူကလေးများနှင့်စာလျှင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုကို ပိုပြီး လိုအပ်သို့မဟုတ် အသုံးပြုပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

3. သင့်ကလေးသည် ရွယ်တူကလေး အများစု လုပ်ကိုင်နိုင်ကြသည့်အရာကို လုပ်ရာတွင် အခက်အခဲရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

4. သင့်ကလေးသည် ရုပ်ပိုင်းအရ ကုသမှု၊ လုပ်ကိုင်မှုဆိုင်ရာ ကုသမှု သို့မဟုတ် စကားပြောကုသမှု ကဲ့သို့သော အထူးကုသမှုကို ခံယူရပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

5. သင့်ကလေးသည် အပြုအမူဆိုင်ရာ ပြဿနာများ၊ စိတ်ခံစားမှု ပြဿနာများ၊ လမ်းလျှောက်မှု၊ စကားပြောမှု သို့မဟုတ် ရွယ်တူကလေးများ နှင့်စာလျှင် လှုပ်ရှားမှုထဲတွင် ကြန့်ကြာနေ၍ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ခံယူရန် လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

သင်သည် အထက်ပါ မေးခွန်း (1-5) ထဲက တစ်ခုခုအတွက် "ဟုတ်ကဲ့" ဖြေကြားခဲ့လျှင်- ယင်းပြဿနာမှာ

12 လ ကြာခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် ကြာမည်ဟု မျှော်လင့်ရပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

သင့်ကလေးတွင် ဓါတ်မတည့်မှု တစ်စုံတစ်ခု ရှိပါသလား။ (ဥပမာ၊ ဆေးဝါးများ၊ အစားအစာများ၊ လာတက်စ် စသဖြင့်) ရှိလျှင် မည်သည့်အမျိုးအစား ဖြစ်ပါသနည်း။ _____ ဟုတ် မဟုတ်

သင့်ကလေးကို သွားကုဆရာဝန်အား ပြသခဲ့ပါသလား? ဟုတ်ကဲ့၊ တစ်နှစ်အတွင်းမှာ ဟုတ်ကဲ့၊ တစ်နှစ်ကျော်တုန်းက ဘယ်သောအခါမှမပြသပါ။
သင့်ကလေး၏ ပထမအခြေခံ သွားကုဆရာဝန် အမည်- _____

သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပြောပြလိုသည့် အခြားတစ်စုံတစ်ခု ရှိပါသလား။

*လက်ရှိအစီအစဉ်ထဲတွင် ရရှိမည့် ကုသမှုမှာ ပုံမှန်သွားစောင့်ရှောက်မှုကို အစားထိုးမှု မဟုတ်ပါ။ လုပ်ရိုးလုပ်စဉ် သွားဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် နှင့် သင့်ကလေးက လက်ရှိ ကျောင်းမှာ ပြုလုပ်ပေးမည့် သွားနှင့်ပိုးစပ်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်နောက်မှာ ပေးမည့် အကြံပြုချက်များကို လိုက်လုပ်နိုင်ရန်အတွက် အပါအဝင် အိမ်မှာ သွားကုရန် (မိသားစု သွားကုဆရာဝန်)ကို ရှာကြံစီစဉ်ထားရန် အထူးအကြံပေးလိုပါသည်။