



ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ
ਬਲਕ ਬਿਲਿੰਗ ਪੇਸ਼ੋਟ ਕੰਸੇਨਟ ਫਾਰਮ (ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ)

ਮੈਂ, ਰੋਗੀ / ਕਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ, ਇਹ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ:

- ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਦੇ ਅਧੀਨ ਇਸ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੀ ਹੈ;
- ਇਸ ਇਲਾਜ ਦਾ ਸੰਭਾਵਤ ਖਰਚਾ ਕਿੰਨਾ ਹੈ; ਅਤੇ
- ਮੈਨੂੰ ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਲਕ ਬਿਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਕੈਪ ਅਧੀਨ ਬਹੁਤੇਰੇ ਫੰਡ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਮੈਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਜੇਬ ਤੋਂ ਪੈਸੇ ਨਹੀਂ ਦਵਾਂਗਾ/ਦਵਾਂਗੀ।

ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ/ਰੋਗੀ ਕੋਲ ਕੇਵਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਕੈਪ ਦੀ ਸੀਮਾ ਤਕ ਹੀ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ।

ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਤੇ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਇਲਡ ਡੋਟਲ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਸ਼ੇਡਯੂਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਮੈਨੂੰ ਆਪ ਚੁੱਕਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਉਪਲਬਧ ਬੇਨੇਫਿਟ ਕੈਪ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਬੇਨੇਫਿਟਸ ਦੇ ਮੁੱਕ ਜਾਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਾਧੂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖਰਚਾ ਮੈਨੂੰ ਆਪ ਚੁੱਕਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਰੋਗੀ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਨੰਬਰ

ਰੋਗੀ / ਕਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਰੋਗੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ

ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਂ
(ਜੇਕਰ ਰੋਗੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ)

ਤਾਰੀਖ

ਇਹ ਫਾਰਮ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੇ ਕੈਲੇਂਡਰ ਸਾਲ ਦੀ 31 ਦਸੰਬਰ ਤਕ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ।



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number

Patient / legal guardian signature

Patient's full name

Full name of person signing
(if not the patient)

Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.