



ဖိသန်အမဲဂျ်ဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီၤကျဲၤလီၤ
တတ်ယုအါထီဉ်စုလၢပုဆါအါဉ်လီၤတူၢ်လိာ်ဟ့ဉ်တတ်ပျဲအလံာ်တကျိာ်ဒိ

ယၤ, ပုဆါ, ပုကွၢ်ထွဲကဟုကယတ်တတ်လၢအဖိးသဲစး, ဘိးဘဉ်သ့ဉ်ညါယဝဲလၢယဘဉ်တတ်ဒုးသ့ဉ်ညါယၤ-

- ဘဉ်ယးတတ်ကူစါယါဘျါလၢတတ်ဟ့ဉ်တတ်လံအိၤမ့တမ့ၢ်တတ်ကဟ့ဉ်အိၤစးထီဉ်လၢမုၢ်နံၤအဝဲအံၤဒဲတတ်ရဲဉ်လီၤကျဲၤလီၤလၢဖိသန်အမဲဂျ်ဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အဖိလၢအသိး,
- ဘဉ်ယးတတ်ကူစါယါဘျါအလဲလၢအကလၢာ်, ဟံယုတ်တတ်အလဲလၢအကလၢာ်လၢယထာ်အပူတဖဉ်တခါလၢလၢ, ဒီး
- တတ်ဆုလီၤတတ်ယုစုလံာ်ခိဒီးတတ်ဟ့ဉ်တတ်အလဲအတတ်ရဲဉ်ပာ်ကျဲၤပာ်တဖဉ်လၢတတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤအဂီၢ်န့ဉ်လီၤ.

ယနံၢ်ဟံၤယဲဒုဉ်လၢယၤ, ပုဆါအိဉ်ဒီးခွဲးယတ်လၢကမၤန့ၢ်သ့ဘဉ်မဲဂျ်ဝီအတတ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်လၢအထီဉ်ဘးတတ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ပာ်ပနီဉ်ယတ်အသိးန့ဉ်လီၤ.

ယနံၢ်ဟံၤယဲဒုဉ်လၢတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်လၢတတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤတနီၤအဂီၢ်ကအိဉ်ဒီးတတ်တြီယတ်တဖဉ်ဒီးဖိသန်အမဲဂျ်ဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီၤကျဲၤလီၤကျိာ်ဘၢဒုဉ်တတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤအကလုာ်တနီၤမိၤန့ဉ်လီၤ. ယနံၢ်ဟံၤယဲဒုဉ်လၢယကလိာ်မၤပျဲတတ်အလဲတဖဉ်လၢတတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤတခါခါလၢတတ်တကျိာ်ဘၢအိၤလၢဖိသန်အမဲအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ရဲဉ်လီၤကျဲၤလီၤတဖဉ်လၢယနီၢ်ကစၢန့ဉ်လီၤ.

တတ်အလဲတဖဉ်လၢအလၢာ်လၢကစၢထာ်ပူၤလၢတတ်တဲသကိးတုၢ်လံအိၤအမဲဉ်ညါ, ယနံၢ်ဟံၤယဲဒုဉ်လၢတတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤအလဲကမၤလီၤစ့တတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ပာ်ပနီဉ်လၢအအိဉ်ဝဲဒီးယကဘဉ်မၤပျဲတတ်အလဲလၢတတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤတဖဉ်လၢအကတဖဉ်တဘျီဖဲတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အံၤလၢာ်ကွၢ်အခါလၢယကစၢန့ဉ်လီၤ.

ပုဆါအမဲဒဲးခဲရဲအနီၢ်ဂံၢ်

ပုဆါ, ပုကွၢ်ထွဲကဟုကယတ်တတ်လၢအဖိးသဲစးအစုဆဲးပနီဉ်

ပုဆါအမံၤအလၢအပျဲ

ပုတဂၤလၢအဆဲးလီၤမံၤတဂၤအမံၤအလၢအပျဲ
(မ့တမ့ၢ်ပုဆါအနီၢ်ကစၢတခါ)

မုၢ်နံၤ

လံာ်တကျိာ်ဒိအံၤကဘဉ်တတ်မၤပျဲလီၤအိၤလၢတတ်မၤစၢအတတ်ဖဲတတ်မၤလၢတတ်ဟ့ဉ်လီၤအိၤလၢတသိစုာ်စုာ်အဂီၢ်လၢဖိသန်အမဲဂျ်ဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီၤကျဲၤလီၤအဖိလၢန့ဉ်လီၤ.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
NON-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 on this day under the Child Dental Benefits Schedule;
- the likely cost of this treatment, including any out-of-pocket costs; and
- the billing and payment arrangements for the services.

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 the 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.

In addition to the out-of-pocket costs discussed, 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 must be completed on each day of service provision under the Child Dental Benefits Schedule.