



ကလေးသွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ်
ကွာဟငွေ အိတ်စိုက် မပေးရမည့် လူနာ သဘောတူညီချက်ပေးသည့် ပုံစံ

ကျွန်ုပ် လူနာ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ သည် ကျွန်ုပ်အား အောက်ပါတို့ကို အကြောင်းကြားပြီး ဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်-

- ကလေးသွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ် အရ ကုသပေးခဲ့သည့် ဆေးဝါးကုသမှု သို့မဟုတ် ဤနေ့ရက်မှစ၍ ကုသပေးမည်ဖြစ်သော ဆေးဝါးကုသမှု
- ဤဆေးဝါးကုသမှု အတွက် ကျသင့်ဖွယ်ရာရှိသည့် ကုန်ကျစရိတ် နှင့်
- ကလေးသွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ် အရ ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် ကွာဟငွေ အိတ်စိုက် မပေးရအောင် ကျွန်ုပ် အတွက် ကျသင့်ငွေ တောင်းခံမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်သည် ဤ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အိတ်ထဲမှ စိုက်၍ပေးရမည် မဟုတ်ပါ။ ၎င်းမှာ သတ်မှတ်ထားသည့် အများဆုံးပမာဏ သက်သာခွင့် အရ ရရှိနိုင်သော လုံလောက်သည့် ရန်ပုံငွေ အပေါ် မူတည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်/လူနာသည် သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များကို သတ်မှတ်ထားသည့် အများဆုံး ပမာဏ သက်သာခွင့် အထိသာလျှင် ရယူရမည်ဖြစ်ကြောင်းကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အချို့ ဝန်ဆောင်မှုများ အတွက် သက်သာခွင့်များတွင် ကုန်သတ်မှုများ ရှိကောင်းရှိနိုင်ပြီး ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ်တွင် ကုန်သတ်ထားသည့် အမျိုးအစားဖြစ်သော ဝန်ဆောင်ပေးမှု အမျိုးမျိုး အကျုံးဝင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကလေး သွားဘက်ဆိုင်ရာ သက်သာခွင့်များ အစီအစဉ်တွင် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှု တစ်ခုခု ကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ပေးရန်လိုမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှုများ၏ကုန်ကျစရိတ်သည် ရရှိနိုင်သော အများဆုံး ပမာဏ သက်သာခွင့်ကိုလျော့ နည်းသွားစေလိမ့်မည် ဖြစ်ကြောင်းနှင့် သက်သာခွင့်များ ကုန်သွားသည်နှင့်တစ်ပြိုင်နက် အပိုဝန်ဆောင်မှု တစ်ခုခု၏ ကုန်ကျစရိတ်များကို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် ကျခံရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

လူနာ၏ မယ်ဒီကဲ နံပါတ် _____ လူနာ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏ထိုးမြဲလက်မှတ် _____

လူနာ၏ အမည်အပြည့်အစုံ _____ လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ _____
(လူနာမဟုတ်လျှင်)

ရက်စွဲ _____

ဤပုံစံသည် လက်မှတ်ရေးထိုးသည့် ကိစ္စအတွက် ပြက္ခဒိန်နှစ်၏ ဒီဇင်ဘာလ ၃၁ ရက်နေ့အထိ သက်တမ်းရှိသည်။



**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.