



ဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီ  
တတ်တယုအါထီဉ်တတ်အပူလုလုဆါအါဉ်လီတူလိာ်ဟ့ဉ်တတ်ပျဲအလံာ်တကူဉ်ဒိ

ယု,ပုဆါ,ပုကူာ်ထွဲကဟုကယာ်တတ်လါအဖိးသဲစး,ဘီးဘဉ်သ့ဉ်ညါယဝဲလါယဘဉ်တတ်ဒုးသ့ဉ်ညါယ-

- ဘဉ်ယုတတ်ကူစါယါဘျဲလါတတ်ဟ့ဉ်တတ်လံအါမုတမုာ်တတ်ကဟ့ဉ်အါစးထီဉ်လါမုာ်နဲအဝဲအံးဒ်တတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလါဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အဖိလံာ်အသီး,
- ဘဉ်ယုတတ်ကူစါယါဘျဲအလဲလါအကလံာ်,ဒီး
- ဒ်တတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အစုတတ်ပာ်ပနီဉ်ယာ်အဖိလံာ်အသီးကျိဉ်စုမုာ်အိဉ်လါလီဉ်ဝဲတဝီ,ယတဘဉ်တတ်ယုအါထီဉ်ယတတ်အပူလုလုတတ်မါစါအတတ်ဖဲတတ်မါတဖဉ်လါအအိဉ်လါတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလါဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အဖိလံာ်အသီးဒီးယတဘဉ်ဟ့ဉ်စုလါအကလံာ်လါယထာ်အပူလုလုတတ်မါစါအတတ်ဖဲတတ်မါတဖဉ်အဂီၢ်အယိဘဉ်.

ယနုာ်ဟံးယဲဒုဉ်လါယု,ပုဆါအိဉ်ဒီးစွဲးယာ်လါကမုနုာ်သုဘဉ်မဲဂျာဝီအတတ်ဘျူးတတ်ဖျိဉ်လါအထီဉ်ဘးတတ်ဘျူးတတ်ဖျိဉ်အတတ်ပာ်ပနီဉ်ယာ်အသီးန့ဉ်လီ.

ယနုာ်ဟံးယဲဒုဉ်လါတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်လါတတ်မါစါအတတ်ဖဲတတ်မါတနီၤကအိဉ်ဒီးတတ်တြီယာ်တဖဉ်ဒီးဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်တဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီကျဲဘာဒုဉ်တတ်မါစါတတ်ဖဲတတ်မါအကလံာ်တနီၤမါန့ဉ်လီ.ယနုာ်ဟံးယဲဒုဉ်လါယကလီဉ်မါပုတတ်အလဲတဖဉ်လါတတ်မါစါအတတ်ဖဲတတ်မါတခါခါလါတတ်ကူာ်ဘာအါလါဖိသည့်အမဲအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီတဖဉ်လါယနီၢ်ကစါန့ဉ်လီ.

ယနုာ်ဟံးယဲဒုဉ်လါတတ်မါစါအတတ်ဖဲတတ်မါအလဲကမုလီစုတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အတတ်ပာ်ပနီဉ်လါအအိဉ်ဝဲဒီးယကဘဉ်မါပုတတ်အလဲလါတတ်မါစါအတတ်ဖဲတတ်မါလါအကလံာ်တဖဉ်တဘျီဖဲတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိဉ်အံးလါကွာ်အခါလါယကစါန့ဉ်လီ.

\_\_\_\_\_

ပုဆါအမဲဒီးခဲရဲအနီၢ်ဂံာ်

\_\_\_\_\_

ပုဆါ,ပုကူာ်ထွဲကဟုကယာ်တတ်လါအဖိးသဲစးအစုဆဲးပနီဉ်

\_\_\_\_\_

ပုဆါအမဲအလါအပု

\_\_\_\_\_

ပုတဂါလါအဆဲးလီမံတဂါအမဲအလါအပု

(မုတမုာ်ပုဆါအနီၢ်ကစါတဝီ)

\_\_\_\_\_

မုာ်နဲ

လံာ်အဒိအံးတတ်သုအါသုတုလါဒ်ဉ်စဘဉ်၃၁သီစးထီဉ်တနံးယိဖဲတတ်ဆဲးလီယာ်စုဆဲးပနီဉ်န့ဉ်လီ.



**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.