



نظف أسنانك  
صباحاً ومساءً



تناول المزيد من  
الفواكه والخضار



اختر الماء  
عندما تريد الشرب



اجر فحوصات تفقدية  
منتظمة للأسنان



NSW Health

# برنامج دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز المتنقل لرعاية الأسنان في المجتمع

## ما يتعين أن تفعله:

1. اقرأ جميع المعلومات الموجودة في هذه الحزمة
2. املاً إستمارة الموافقة باللغة الإنجليزية
3. وقّع إستمارة الموافقة على المعالجة
4. إملأ إستبيان المعلومات المتعلقة بعوامل الخطر (يساعدنا ذلك على توفير رعاية أسنان خاصة بطفلك)
5. اقرأ نشرة المعلومات عن "نظام إعانات تطبيب أسنان الأطفال"
6. وقّع إستمارة موافقة مريض على معالجة على نفقة الحكومة بموجب نظام إعانات تطبيب أسنان الأطفال (الموافقة اختيارية)
7. ارجع إستمارتي الموافقة إلى مدرسة طفلك بأسرع وقت ممكن

يسرّ دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز أن توفر لطفلك فحصاً مجاناً لأسنانه في المدرسة.

تشمل هذه الحزمة معلومات عن برنامج دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز المتنقل لرعاية الأسنان في المجتمع، بالإضافة إلى

- إستمارة الموافقة على المعالجة
- إستمارة الموافقة المالية

## هل توجد تكاليف؟

كلا، هذه خدمة مجانية تقدّمها حكومة نيو ساوث ويلز.

قد يتأهل طفلك للحصول على هذه الخدمة بموجب "نظام إعانات تطبيب أسنان الأطفال" (CDBS)، المشابه لمديكير. بمقتضى هذا النظام تتيح لنا الحكومة الأسترالية المطالبة بتكاليف رعاية الأسنان هذه بالنيابة عنك إذا وقّعت على إستمارة الموافقة على المعالجة بموجب نظام CDBS. وإذا لم يكن طفلك مؤهلاً لخدمة التطبيب على نفقة الحكومة الأسترالية، تقدّم حكومة نيو ساوث ويلز الرعاية مجاناً لطفلك. نشجعك على توقيع إستمارة الموافقة المالية الخاصة بـ CDBS إذ أنك بذلك ستساعد على دعمنا لتوفير رعاية الأسنان في نيو ساوث ويلز، مع العلم بأن موافقتك ليست إلزامية.

## معلومات عن المعالجة

### ما الذي تشمله المعالجة؟

إذا أعطيت موافقتك، سوف يتلقّى طفلك ما يلي:

نوع المعالجة	وصف المعالجة
فحص أسنان	فحص شامل يتضمّن: تقييم عوامل الخطر، توعية بشأن صحة فم الطفل، تقييم لنموه (طول ووزنه واحتساب مؤشر كتلة جسمه (BMI)). ويجرى تقييم نمو الطفل دائماً من جانب عيادات تطبيب الأسنان الحكومية التابعة لدائرة الصحة في نيو ساوث ويلز لجميع الأطفال خلال فحص أسنانهم حرصاً على توفير رعاية سريرية جيدة لهم.
صورتان شعاعيتان للأسنان (إذا لزم ذلك)	صورتان شعاعيتان صغيرتان للأسنان (إذا لزم ذلك) - لرؤية السن من الداخل وما تحت اللثة لغرض التحقّق من نموّ أسنان البلوغ.
صور سريرية (إذا دعت الحاجة)	صور سريرية للفم من الداخل تشمل الأسنان واللثة واللسان والخدين و/و الشفتين.
تنظيف للأسنان (إذا لزم ذلك)	تنظيف الأسنان من اللويحات و/أو القلح.
حشو أية تشققات (إذا لزم ذلك)	حشو التشققات الموجودة في الأسنان الطاحنة الدائمة للمساعدة على منع تسوّس الأسنان.
وضع طبقة من الفلورايد (إذا لزم ذلك)	وضع معجون لاصق من الفلورايد على الأسنان للمساعدة على منع تسوّس الأسنان.

يُنصح بزيارة الموقع الإلكتروني لقراءة المزيد عن أنواع المعالجة التي يمكن أن يتلقّاها طفلك، أو اتصل بـ "المنطقة الصحية المحلية" (Local Health District) في منطقتك بوسائل الاتصال المذكورة على ظهر هذه النشرة.

## الاستفسارات بشأن برنامج دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز المتنقل لرعاية الأسنان في المجتمع

للمزيد من المعلومات عن بشأن برنامج دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز المتنقل لرعاية الأسنان في المجتمع، بما فيها:

- الأسئلة التي يكثر طرحها
- معلومات عن المعالجة
- بيان الخصوصية الخاص بنا
- طريقة استخدام المعلومات الخاصة بك

تفقد [www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach](http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach) أو امسح رمز QR أدناه



## هل تحتاج إلى مترجم؟

إذا كنت تحتاج إلى مترجم لملء هاتين الإستمارتين، يرجى الاتصال بأحد الأرقام التالية.

رقم الهاتف	المنطقة الصحية المحلية
(02) 4924 6285	Central Coast LHD, Far West LHD, Hunter New England LHD, Mid North Coast LHD, Northern LHD and Western LHD
1800 247 272	Illawarra Shoalhaven LHD, Murrumbidgee LHD and Southern NSW LHD
(02) 8738 6088	South Western Sydney LHD
1800 477 233	South Eastern Sydney LHD, Sydney LHD
(02) 9912 3800	Nepean Blue Mountains LHD, Northern Sydney LHD, Western Sydney LHD

## وماذا أفعل إذا كان طفلي يحصل على رعاية منتظمة لأسنانه؟

إذا كان طفلك يحصل على رعاية منتظمة لأسنانه، يُنصح بمتابعة تقديم هذه الرعاية له. في نيو ساوث ويلز بإمكان جميع الأطفال تلقي رعاية مجانية للأسنان في عيادات الأسنان الحكومية التي تقدم خدمات لرعاية الأسنان في الظروف العادية والطارئة.

## وماذا أفعل إذا كان لدى طفلي مشكلة في أسنانه حالياً؟

فيما يلي مؤشرات على احتمال أن يكون طفلك بحاجة إلى رعاية أسنان عاجلة:

- تورم الوجه
- تورم في الفم
- النزف المتواصل في الفم
- حادث تسبب بأذى للفم أو الأسنان
- ألم يتعلق بالأسنان (مثلاً: في الأسنان أو الفم أو اللثة أو الفك)

اتصل بعيادة الأسنان الحكومية المحلية. خارج ساعات العمل، خذ طفلك إلى قسم الطوارئ في المستشفى الحكومي.

لمعرفة "المنطقة الصحية المحلية" (LHD) التي تسكن فيها، امسح رمز QR أدناه.



## إستمارة موافقة على المعالجة

يُرجى ملء جميع الصفحات.

املاً الإستمارة بحروف كبيرة باللغة الإنجليزية بقلم حبر أسود أو أزرق، ويُرجى إرجاع الإستمارة المملوءة إلى مدرسة طفلك. وإذا كانت لديك أية أسئلة بشأن ملء هذه الإستمارة، يرجى الاتصال بالخدمة الحكومية لتطبيق الأسنان في منطقتك.

رقم بطاقة مديكير (10 أعداد):		المعلومات الخاصة بالتلميذ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	اسم العائلة: (كما هو مذكور في بطاقة مديكير)	<input type="text"/>
رقم الطفل على بطاقة مديكير:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
تاريخ انتهاء مدة بطاقة مديكير:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
يرجى رسم إشارة ✓ في المربعات التي تنطبق على طفلك:		الاسم الأول/الأسماء الأولى:	<input type="text"/>
ليس لدى الطفل رقم مديكير:	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
اللغة (اللغات) المحكيّة في المنزل:		الجنس:	<input type="text"/>
الإنجليزية <input type="checkbox"/> لغة أخرى (يرجى تحديدها)	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
اللغة المفضّلة (يرجى تحديدها):		بلد المولد:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
يحتاج إلى مترجم		اسم المدرسة:	<input type="text"/>
نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
خلفية الطفل نسبةً للسكان الأصليين:		الصف المدرسي:	<input type="text"/>
ليس أبوريجينياً أو من جزر مضيق توريس	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
أبوريجيني	<input type="checkbox"/>	العنوان المنزلي: (مثلاً: 5 Smith Lane)	<input type="text"/>
من جزر مضيق توريس	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
أبوريجيني ومن جزر مضيق توريس	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
يحتاج إلى شخص أبوريجيني معتمد لتمثله:		اسم الضاحية:	<input type="text"/>
نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	<input type="text"/>	الرمز البريدي:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

استمارة الموافقة المكتوبة بالإنجليزية.  
استخدم هذه الترجمة كدليل لملء

## المعلومات الخاصة بك - للوالد أو الوصي القانوني

اسم العائلة:


الاسم الأول/الأسماء الأولى:


صلة قرابتك بالطفل:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم هاتف الموبايل:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

عنوان البريد الإلكتروني:


## المعلومات الطبية

يرجى رسم إشارة ✓ في المربعات التي تنطبق على طفلك:

لدى طفلي حساسية (مثلاً: ضد المطاط (لايتكس)، الضمغ الطبيعي).

نعم  كلا  لا أعرف/غير متأكد

لدى طفلي حالة مرضية.

نعم  كلا  لا أعرف/غير متأكد

يحتاج طفلي إلى دواء بصورة منتظمة.

نعم  كلا  لا أعرف/غير متأكد

لدى طفلي إعاقة.

نعم  كلا  لا أعرف/غير متأكد

إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة أعلاه، يرجى ذكر الحالة أو الإعاقة أو الدواء.


## معلومات عن أسنان الطفل

هل سبق لطفلك أن عانى من مشاكل في الأسنان (مثلاً: تسوس في الأسنان)؟

نعم

كلا

إذا أجبت بنعم أعلاه، يرجى وصف مشاكل الأسنان هذه.


متى زار طفلك عيادة طبيب أسنان في آخر مرة؟

منذ أقل من 12 شهراً

منذ أكثر من 12 شهراً

لم يزر طبيب أسنان سابقاً

لا أعرف/غير متأكد

هل كانت زيارة طفلك الأخيرة لطبيب أسنان في:

عيادة أسنان خاصة، بما فيها عيادة أسنان

تابعة لصندوق تأمين صحي

عيادة أسنان حكومية/مستشفى أسنان حكومي

أي مكان آخر

لا أعرف/غير متأكد

برنامج رعاية الأسنان المتنقلة للمدارس الابتدائية التابع لدائرة الصحة

في نيو ساوث ويلز

يرجى كتابة اسم آخر طبيب يقدم رعاية للأسنان زاره

طفلك ووسائل الاتصال به


هل سبق أن قام طبيب أسنان بوضع طبقة من الفلورايد على أسنان

طفلك في الشهور الستة الماضية؟

نعم  كلا  لا أعرف/غير متأكد

هل سبق أن قام طبيب أسنان بأخذ صور شعاعية لأسنان طفلك في

الشهور الستة الماضية؟

نعم  كلا  لا أعرف/غير متأكد

## الموافقة على المعالجة

- لقد قرأتُ وفهمت المعلومات التي أعطيْتُ لي بشأن برنامج دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز المتنقل لرعاية الأسنان في المجتمع.
  - أدركُ بأنه يمكنني سحب موافقتي في أي وقت. للقيام بذلك، اتصل بالمنطقة الصحية (health district) المحلية.
  - لقد تسَّت لي الفرصة لطرح أسئلة واستيضاح المعلومات التي أعطيْتُ لي بالاتصال على أرقام هاتف خدمة طبيب الأسنان الحكومية المرفقة بحزمة المعلومات هذه أو عبر الموقع الإلكتروني: [www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach](http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach)
  - أدركُ بأن ممثلاً من "المنطقة الصحية المحلية" يمكن أن يتصل بي لاستيضاح أية معلومات أعطيْتُها في هذه الإستمارة و/أو مناقشة صحة فر طفلي معي.
  - لقد سحت لي الفرصة للاطلاع على "بيان الخصوصية" الموجود على موقع دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز: [www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx](http://www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx). وأدركُ بأنه قد يتم الكشف عن المعلومات الشخصية المتعلقة بي و/أو بطفلي (بما فيها المعلومات الصحية) في بعض الظروف كما جاء في "بيان الخصوصية" هذا.
  - أصرَّحُ بأنني قدِّمت حسب أقصى معرفتي معلومات دقيقة عن طفلي تشمل أية حالات مرضية يمكن أن تؤثر على معالجة الأسنان.
- يرجى ملء القسم التالي والتوقيع في المربع المقابل لكل معالجة تريد أن يتلقاها طفلك. إذا لم توفِّع فحص الأسنان (dental check-up)، لا يمكن إجراء أية معاينة لطفلك.

أنا الموقعُ أدناه									
الاسم الكامل)									
في (تاريخ اليوم)،									
0 / 2 /									
أعطي موافقتي على حصول طفلي									
اسمه الكامل)									
تاريخ ميلاده)									
/ /									
على ما يلي، كما يلزم سريرياً:									

نوع المعالجة	وصف المعالجة	توقيع الوالد/الوصي القانوني
فحص أسنان	فحص شامل يتضمَّن تقييم عوامل الخطر وتقييم للنمو وتوعية بشأن صحة الفم. وللعلم فإنه من دون الموافقة على فحص الأسنان، لا يمكن تقديم أي نوع معالجة آخر.	X
صورتان شعاعيتان للأسنان (إذا لزم ذلك)	كمعدَّل وسطي، صورتان شعاعيتان صغيرتان للأسنان	X
صور سريرية (إذا دعت الحاجة)	صور سريرية للفم من الداخل تشمل الأسنان واللثة واللسان والخدين و/و الشفتين.	X
تنظيف للأسنان (إذا لزم ذلك)	تنظيف الأسنان من اللويحات و/أو القلح	X
حشو أية تشققات (إذا لزم ذلك)	حشو التشققات الموجودة في الأسنان الطاحنة الدائمة للمساعدة على منع تسوُّس الأسنان	X
وضع طبقة من الفلوريد (إذا لزم ذلك)	وضع معجون لاصق من الفلوريد على الأسنان للمساعدة على منع تسوُّس الأسنان	X

هل ترغب في التواجد مع الطفل أثناء معاينته؟  نعم  كلا

## استبيان معلومات عن عوامل الخطر

لمساعدتنا في تقييم أسنان طفلك، يرجى رسم إشارة √ في المربع الأنسب وتحديد العدد حيثما يلزم:

1. **كم مرة يشرب فيها طفلك عادةً المشروبات المحلاة بالسكر كالمشروبات الغازية أو مركز العصير (كورديال) أو ما يُعرف بمشروبات الرياضيين أو مشروبات الطاقة أو الشاي المثلج؟**  
(كوب واحد = 250 مليليتراً. علبة من المشروبات الغازية = كوب ونصف. قنينة سعة 500 مليليتراً من مشروبات الطاقة = كوبان)
- كل يوم
- العدد التقريبي للأكواب باليوم الواحد:
- عدة مرات بالأسبوع
- العدد التقريبي للأكواب بالأسبوع الواحد:
- نادراً أو أبداً
- لا أعرف/لست متأكداً
2. **كم مرة يشرب فيها طفلك الماء عادة؟**  
(كوب واحد = 250 مليليتراً أو كوب من الشاي المنزلي. قنينة ماء سعة 600 مليليتراً = 2,4 كوب)
- كل يوم
- العدد التقريبي للأكواب باليوم الواحد:
- عدة مرات بالأسبوع
- العدد التقريبي للأكواب بالأسبوع الواحد:
- نادراً أو أبداً
- لا أعرف/لست متأكداً
3. **كم مرة يتناول فيها طفلك عادة البسكويت المحلى أو قطع من قوالب الحلوى أو المعجنات أو قضبان المأكولات الخفيفة (سناك)؟**  
(تشمل قضبان السناك قضبان الميوزلي وقضبان الفطور وقضبان ومكورات البروتين/الطاقة)
- كل يوم
- العدد التقريبي باليوم الواحد:
- عدة مرات بالأسبوع
- العدد التقريبي بالأسبوع الواحد:
- نادراً أو أبداً
- لا أعرف/لست متأكداً
4. **كم مرة ينظف فيها طفلك أسنانه بمعجون أسنان؟**
- نادراً أو أبداً
- أقل من مرة واحدة باليوم
- مرة في اليوم
- مرتين في اليوم
- أكثر من مرتين في اليوم
- لا أعرف/لست متأكداً
5. **ما نوع معجون الأسنان الذي يستخدمه طفلك؟**
- معجون أسنان عادي بالفلوريد
- معجون أسنان بالفلوريد للأطفال
- معجون أسنان بدون الفلوريد
- لا أعرف/لست متأكداً
6. **كيف تصف صحة أسنان طفلك وصحة فمه؟**
- رديئة
- لا بأس بها
- جيدة
- جيدة جداً
- ممتازة

## نشرة معلومات عن "نظام إعانات تطيب أسنان الأطفال"

### رعاية أسنان الأطفال في نيو ساوث ويلز

بإمكان جميع الأطفال تلقّي خدمات تطيب حكومية للأسنان مجاناً في نيو ساوث ويلز.

قد يتأهل بعض الأطفال أيضاً للمساعدة بموجب "نظام إعانات تطيب أسنان الأطفال" (CDBS) التابع للحكومة الأسترالية.. في كلا الحالتين، سوف يتلقون مستوى الرعاية الرفيع ذاته من دون تحميلك تكلفتها.

### ما هو نظام CDBS؟

تُدير الحكومة الأسترالية نظام CDBS وتمنح الأطفال المؤهلين له فرصة للاستفادة من مبلغ إعانات يصل إلى 1,095 دولاراً لقاء خدمات تطيب الأسنان خلال سنتين ميلاديتين.

يتأهل الطفل للإعانات إذا استوفى الشروط الثلاثة التالية:

- إذا كان عمره يتراوح من 0 إلى 17 سنة في أي يوم من السنة الميلادية، بالإضافة إلى
- إذا كان مؤهلاً لمديكير، بالإضافة إلى
- إذا كان من ضمن عائلة تتلقّى Family Tax Benefit Part A، أو إذا كان يتلقّى دفعة حكومية أسترالية من القائمة المتاحة عبر دائرة الخدمات البشرية (Department of Human Services) على الموقع <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

لا حاجة لتسجيل طفلك للحصول على إعانات نظام CDBS.

### كيف يستطيع طفلي الاستفادة من إعانات نظام CDBS؟

بإمكان طفلك الاستفادة من إعانات نظام CDBS عن طريق:

- هذا البرنامج الخاص بالمدارس.
- عيادة أسنان حكومية في نيو ساوث ويلز.
- عيادة طبيب أسنان خاصة.

### الموافقة المالية

لن تتحمّل أية تكاليف. حتى ولو لم تتوّج على إستمارة الموافقة المالية فسوف يتلقّى طفلك معالجة لأسنانه مجاناً من دائرة الصحة في نيو ساوث ويلز.

إستمارة الموافقة المالية هي إستمارة منفصلة عن إستمارة الموافقة على المعالجة ذات اللون الأخضر.

إذا وصلّت تكاليف التطيب إلى حدّ 1,095 دولاراً، أو إذا احتاج طفلك لمعالجة إضافية تفوق هذا الحدّ، لن يتم تحميلك أية رسوم.

### ما يتعيّن أن تعرفه بشأن مبلغ رسوم رعاية أسنان طفلك.

إذا أعطيتّ موافقة مالية يمكننا عندئذ أن نطالب حكومة الكمنولث بمبلغ رسم المعالجة، علماً أن هذا المبلغ لن يزيد عن 622.10 دولار لقاء أيّ من المعالجات التي ذُكرت لك. ولن يتم تحميلك تكاليف أيّة معالجة.

### المعاينة الأولى

يُدرج في الجدول أدناه المبلغ الأقصى المتوّج للمعالجة الذي يمكن المطالبة به بموجب نظام إعانات CDBS لقاء المعاينة الأولى لطفلك؛

وصف المعالجة	رمز نوع المعالجة	مبلغ إعانة CDBS
فحص الأسنان	88011	\$57.65
صورتان شعاعيتان صغيرتان للأسنان	88022 x 2	\$33.35 x 2
تنظيف الأسنان من اللويحات	88111*	\$58.90
تنظيف الأسنان من القلح	88114*	\$98.20
وضع طبقة من الفلوريد	88121	\$37.85
حشو تشققات ما يصل إلى 8 أسنان طاحنة دائمة	88161 x 4 88162 x 4	\$50.45 x 4 \$25.25 x 4
<b>التكاليف الإجمالية</b>		<b>\$622.10</b>

\*يرجى أخذ العلم بأنه يمكن المطالبة بنوع واحد فقط من هاتين المعالجتين في المعاينة الطبية الواحدة.

### معاينة المراجعة (إذا لزم)

يُدرج في الجدول أدناه المبلغ الأقصى المتوّج للمعالجة الذي يمكن المطالبة به بموجب نظام إعانات CDBS لقاء معاينة المراجعة لطفلك؛

وصف المعالجة	رمز نوع المعالجة	مبلغ إعانة CDBS
فحص الأسنان	88013	\$30.10
وضع طبقة من الفلوريد	88121	\$37.85
<b>التكاليف الإجمالية</b>		<b>\$67.95</b>

إذا لزمّت معالجة إضافية، سوف تتصل بك خدمة الأسنان الحكومية لمناقشة هذه المعالجة ومبلغ إعانات CDBS لأية معالجات مطلوبة.

بإمكان جميع الأطفال الذين يعيشون في نيو ساوث ويلز تلقّي خدمات تطيب أسنان حكومية مجاناً.

### للمزيد من المعلومات:

تفقد موقع [www.health.nsw.gov.au/cdbs](http://www.health.nsw.gov.au/cdbs) أو موقع

Department of Human Services التالي التابع للحكومة الأسترالية <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

يمكنك التحقق من أهلية طفلك للإعانات ورصيد إعانات CDBS المتبقي له عبر حسابك الإلكتروني الخاص بمديكير على الموقع [my.gov.au](http://my.gov.au) أو بالاتصال على الرقم 132 011.



Facility:

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

**موافقة مريض على معالجة على نفقة الحكومة بموجب نظام  
إعانات تطيب أسنان الأطفال**

أنا الموقع أدناه، المريض / الوصي القانوني للمريض، أثبت أنه قد تمّ إعلامي بما يلي:

- المعالجة التي تمّ تقديمها أو سيتمّ تقديمها ابتداءً من هذا التاريخ بمقتضى "نظام إعانات تطيب أسنان الأطفال";
- التكاليف المحتملة لهذه المعالجة؛ وكذلك
- أنه سيتم استيفاء الرسوم من الحكومة بموجب "نظام إعانات تطيب أسنان الأطفال" إذا لم يتجاوز ما صرف على تطيب أسنان الطفل الحدّ المعيّن للإعانات، وأني لن أتحمّل أية تكاليف من جيبى لقاء هذه الخدمات.

أدرك أنني / أن المريض سيحصل فقط على إعانات لتطيب أسنانه تصل إلى حدّ الإعانات المتاحة بموجب النظام.  
أدرك أن الإعانات لقاء بعض خدمات طب الأسنان قد تخضع لقيود وأن "نظام إعانات تطيب أسنان الأطفال"  
يغطي أنواعاً محدّدة من خدمات طب الأسنان.  
أدرك أن تكاليف خدمات التطيب سوف تخفّض حدّ الإعانات المتاحة للطفل بموجب النظام.

رقم المديكير الخاص بالمريض  
Patient's Medicare number

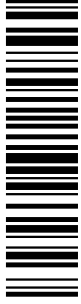
توقيع المريض / الوصي القانوني للمريض  
Patient / legal guardian signature

الاسم الكامل للمريض  
Patient's full name

الاسم الكامل للشخص الموقع (إذا لم يكن المريض)  
Full name of person signing (if not the patient)

التاريخ  
Date

هذه الإستمارة صالحة لكامل السنة الميلادية الأولى (كانون الثاني/يناير - كانون الأول/ديسمبر) التي يحصل فيها طفلك على أول خدمة تطيب أسنان مؤهل لها، إلا إذا سحبت موافقتك.



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019  
BINDING MARGIN - NO WRITING