

# एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम

आपकी संतान को निःशुल्क स्कूल-आधारित डेंटल (दांतों की) जांच का प्रस्ताव देते हुए एनएसडब्ल्यू हेल्थ को प्रसन्नता होती है।

इस पैक में एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम के बारे में जानकारी और निम्नलिखित शामिल हैं

- उपचार सहमति फॉर्म
- वित्तीय सहमति फॉर्म

## क्या इसमें कोई खर्चा शामिल है?

**नहीं, यह एनएसडब्ल्यू सरकार द्वारा प्रदान की जाने वाली एक निःशुल्क सेवा है।**

आपकी संतान ऑस्ट्रेलियाई सरकार के चाइल्ड डेंटल बनेफिट्स शेड्यूल अनुसूची (Australian Government's Child Dental Benefits Schedule) (CDBS) के लिए भी पात्र हो सकती है, जोकि Medicare की तरह ही है। यदि आप CDBS सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करते/ती हैं तो ऑस्ट्रेलियाई सरकार इस डेंटल चिकित्सा देखरेख के लिए हमें आपकी ओर से क्लेम करने की अनुमति प्रदान करती है। यदि आपकी संतान पात्र नहीं है, तो एनएसडब्ल्यू हेल्थ निःशुल्क देखभाल प्रदान करेगा।

हालाँकि यह अनिवार्य नहीं है लेकिन हम आपको CDBS वित्तीय सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं क्योंकि इससे हमें एनएसडब्ल्यू में डेंटल चिकित्सा देखभाल प्रदान करने में मदद मिलेगी।

## उपचार संबंधी जानकारी

### इसमें क्या शामिल है?

यदि आप अपनी सहमति प्रदान करते/ती हैं, तो आपकी संतान को निम्नलिखित प्रदान किया जा सकता है:

उपचार	विवरण
डेंटल जांच	व्यापक जांच में निम्न शामिल हैं: जोखिम कारक आकलन, ओरल (चेहरे से सम्बन्धित) स्वास्थ्य शिक्षा, विकास आकलन (ऊंचाई और वजन माप और बांडी मास इंडेक्स (BMI) गणना)। एनएसडब्ल्यू हेल्थ पब्लिक डेंटल क्लिनिकों में सभी बच्चों की अच्छी नैदानिक जांच के लिए उनकी डेंटल (दंत चिकित्सा) जांच के दौरान उनके विकास का आकलन किया जाना सामान्य अभ्यास है।
डेंटल एक्स-रे (यदि आवश्यक हो)	दांतों के अंदर और मसूड़ों के नीचे के 2 छोटे डेंटल एक्स-रे (यदि आवश्यक हो) ताकि यह जांचा जा सके कि वयस्क दांत बड़ रहे हैं या नहीं।
नैदानिक (क्लिनिकल) इमेजिंग (यदि आवश्यक हो)	मुँह के अंदर दांतों, मसूड़ों, जीभ, गालों और होठों की क्लिनिकल इमेजिंग (यदि आवश्यक हो)।
दांतों की सफाई (यदि आवश्यक हो)	प्लाक (दाँत के मैल) और/या कैल्कुलस (जमे हुए मैल) को हटाने के लिए दांतों की सफाई।
फिशर सीलेंट (यदि आवश्यक हो)	दांतों को सड़ने से रोकने में मदद के लिए स्थायी मोलर दांतों (दाढ़ के दाँतों) के ग्रूव (मामूली छेदों) को भरना।
फ्लोराइड वार्निश एप्लीकेशन (यदि आवश्यक हो)	दांतों को सड़ने से रोकने में मदद के लिए दांतों पर चिपचिपा फ्लोराइड प्रेस्ट लगाना।

आपको अपनी संतान को मिलने वाले उपचारों के बारे में और अधिक पढ़ने के लिए वेबसाइट पर जानें की सलाह दी जाती है। या दूसरे पृष्ठ पर दिए गए विवरण पर अपनी लोकल हेल्थ डिस्ट्रिक्ट (स्थानीय स्वास्थ्य जिले) से संपर्क करें।

## आपको क्या करने की आवश्यकता है:

1. इस पैक में प्रदान की गई सारी जानकारी को पढ़ें
2. सहमति फॉर्म को अंग्रेजी में भरें
3. उपचार सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करें
4. जोखिम कारक जानकारी प्रश्नावली को पूरा करें (इससे हमें आपकी संतान को व्यक्तिगत देखभाल प्रदान करने में मदद मिलती है)
5. चाइल्ड डेंटल बनेफिट्स शेड्यूल जानकारी पत्रक को पढ़ें
6. चाइल्ड डेंटल बनेफिट्स शेड्यूल बल्क बिलिंग रोगी सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर करें (वैकल्पिक)
7. जितनी जल्दी हो सके, सहमति फॉर्म अपनी संतान के स्कूल में लौटा दें

# एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम

## यदि मेरी संतान पहले से ही नियमित डेंटल चिकित्सा देखभाल करवाती है तो क्या होगा?

यदि आपकी संतान नियमित रूप से प्राइवेट डेंटल चिकित्सा देखभाल करवाती है, तो उन्हें यह देखभाल जारी रखने की सलाह दी जाती है। एनएसडब्ल्यू में सभी बच्चे सरकारी डेंटल क्लिनिकों में निःशुल्क डेंटल चिकित्सा देखभाल प्राप्त कर सकते हैं। सरकारी डेंटल क्लिनिकों द्वारा सामान्य और आपातकालीन दोनों प्रकार की ही डेंटल चिकित्सा सेवाएँ प्रदान की जाती हैं।

## यदि मेरी संतान को तत्काल डेंटल समस्या हो तो क्या होगा?

आपकी संतान को तत्काल डेंटल चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता हो सकती है, इसके संकेतों में निम्नलिखित संकेत शामिल हैं:

- चेहरे पर सूजन
- मुँह में सूजन
- मुँह से स्थायी रूप से खून का आना
- मुँह या दाँतों को क्षति पहुँचाने वाली कोई दुर्घटना
- दाँत का दर्द (जैसे दाँत, मुँह, मसूड़ों या जबड़े में)

अपने स्थानीय सरकारी डेंटल क्लिनिक से संपर्क करें। व्यावसायिक घंटों के बाहर, अपनी संतान को सरकारी अस्पताल के आपातकालीन विभाग में ले जाएँ।

अपनी लोकल हेल्थ डिस्ट्रिक्ट (LHD) के बारे में जानने के लिए निम्नलिखित QR कोड स्कैन करें:



## एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम के बारे में पूछताछ

एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम और:

- अक्सर पूछे जाने वाले सवालों
- उपचार संबंधी जानकारी
- हमारे गोपनीयता कथन
- आपकी जानकारी का उपयोग कैसे किया जाता है

इस सभी के बारे में और अधिक जानकारी के लिए [www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach](http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach) पर जाएँ या नीचे दिए गए QR कोड को स्कैन करें:



## क्या आपको दुभाषिए की आवश्यकता है?

यदि आपको इन फॉर्मों को भरने के लिए दुभाषिए की आवश्यकता है, तो कृपया निम्नलिखित नंबरों में से किसी एक पर संपर्क करें:

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





## उपचार के लिए सहमति

- मैंने एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम के बारे में दी गई जानकारी को पढ़ और समझ लिया है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि मैं किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता/ती हूँ। यह करने के लिए, अपनी लोकल हेल्थ डिस्ट्रिक्ट से संपर्क करें।
- मुझे प्रदान की गई जानकारी पर इस सूचना पैकेज में प्रदान किए गए सार्वजनिक डेंटल सेवा संपर्क नंबरों पर कॉल या वेबसाइट: [www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach](http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach) के माध्यम से मुझे सवाल पूछने और स्पष्टीकरण मांगने का अवसर मिला है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि इस फॉर्म में दी गई किसी भी जानकारी के स्पष्टीकरण और/या मेरी संतान के ओरल (मुख से संबंधित) स्वास्थ्य पर चर्चा करने के लिए कोई लोकल हेल्थ डिस्ट्रिक्ट (स्थानीय स्वास्थ्य जिला) प्रतिनिधि मुझसे संपर्क कर सकता/सकती है।
- मुझे एनएसडब्ल्यू हेल्थ वेबसाइट: [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) पर गोपनीयता कथन देखने का अवसर मिला है। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी और/या मेरी संतान की व्यक्तिगत जानकारी (स्वास्थ्य जानकारी सहित) उस कथन में निर्धारित कुछ परिस्थितियों में प्रकट की जा सकती है।
- मैं अपनी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने अपनी संतान के बारे में सही जानकारी प्रदान की है, जिसमें उसके डेंटल उपचार को प्रभावित कर सकने वाली हर चिकित्सीय स्थिति की जानकारी भी शामिल है।

कृपया निम्नलिखित को भरें और प्रत्येक उस उपचार के आगे दिये गये बॉक्स में हस्ताक्षर करें जो आप अपनी संतान के लिए चाहते/ती हैं। यदि आप डेंटल जांच पर हस्ताक्षर नहीं करते/ती हैं, तो आपके लिए कोई अपॉइंटमेंट नहीं की जा सकती है।

मैं (पूरा नाम)

(आज की तिथि) को,

/ / 20

अपनी संतान के लिए सहमति प्रदान करने के लिए नीचे हस्ताक्षर करता/करती हूँ

(पूरा नाम)

(जन्मतिथि),

/ /

चिकित्सीय रूप से आवश्यक, निम्नलिखित प्राप्त करने के लिए:

उपचार	विवरण	माता-पिता/कानूनी संरक्षक के हस्ताक्षर
डेंटल जांच	व्यापक जांच में निम्न शामिल हैं: जोखिम कारक आकलन, विकास आकलन, और ओरल (मुख से सम्बन्धित) स्वास्थ्य शिक्षा। कोई भी अन्य उपचार डेंटल जांच की सहमति के बिना प्रदान नहीं किया जा सकता है।	X
डेंटल एक्स-रे (यदि आवश्यक हो)	औसतन रूप से दो छोटे डेंटल एक्स-रे	X
क्लिनिकल (नैदानिक) इमेजिस	दांतों, मसूड़ों, जीभ, गालों और/या होठों के मुंह के अंदर की क्लिनिकल इमेजिस।	X
दांतों की सफाई (यदि आवश्यक हो)	प्लाक (दाँत के मैल) और/या कैल्कुलस (जमे हुए मैल) को हटाने के लिए दांतों की सफाई।	X
फिशर सीलेंट (यदि आवश्यक हो)	दांतों को सड़ने से रोकने में मदद के लिए स्थायी मोलर दांतों (दाढ़ के दांतों) के गूव (मामूली छेदों) को भरना।	X
फ्लोराइड वार्निश एप्लीकेशन (यदि आवश्यक हो)	दांतों को सड़ने से रोकने में मदद के लिए दांतों पर चिपचिपा फ्लोराइड पेस्ट लगाना।	X

क्या आप अपनी संतान की अपॉइंटमेंट में शामिल होना चाहते/ती हैं?  हाँ  नहीं

## जोखिम कारक जानकारी प्रश्नावली

आपकी संतान के दांतों का सही आकलन करने में हमारी मदद करने के लिए, कृपया सबसे उचित बॉक्स पर निशान लगाएं और जहाँ आवश्यक हो, वहाँ मात्रा निर्दिष्ट करें:

1. आपकी संतान आमतौर पर कितनी बार मीठे पेय पदार्थ जैसे सॉफ्ट ड्रिंक, कॉर्डियल्स, स्पोर्ट्स ड्रिंक, एनर्जी ड्रिंक या आइस टी का सेवन करती है?

(1 कप = 250 मिलीलीटर। सॉफ्ट ड्रिंक का 1 कैन = 1.5 कप। स्पोर्ट्स ड्रिंक की 500 मिलीलीटर की बोतल = 2 कप)

प्रतिदिन

प्रति दिन लिए जाने वाले कप की अनुमानित संख्या:

सप्ताह में कुछ बार

एक सप्ताह में लिए गए कपों की अनुमानित संख्या:

बहुत ही कम या कभी नहीं

पता नहीं/अनिश्चित

2. आपकी संतान आमतौर पर कितनी बार पानी पीती है?

(1 कप = 250 मिलीलीटर या एक घरेलू चाय का कप। 600 मिलीलीटर पानी की बोतल = 2.4 कप)

प्रतिदिन

प्रति दिन लिए जाने वाले कप की अनुमानित संख्या:

सप्ताह में कुछ बार

एक सप्ताह में लिए गए कपों की अनुमानित संख्या:

बहुत ही कम या कभी नहीं

पता नहीं/अनिश्चित

3. आपकी संतान आमतौर पर कितनी बार मीठे बिस्कुट, केक, पेस्ट्री या स्नैक का सेवन करती है?

(स्नैक बार में मूसली बार, ब्रेकफास्ट बार और प्रोटीन/एनर्जी बार और बॉल्स शामिल हैं)

प्रतिदिन

प्रति दिन की अनुमानित संख्या:

सप्ताह में कुछ बार

एक सप्ताह की अनुमानित संख्या:

बहुत ही कम या कभी नहीं

पता नहीं/अनिश्चित

4. आपकी संतान द्वारा कितनी बार टूथपेस्ट से अपने दांतों को ब्रश किया जाता है?

बहुत ही कम या कभी नहीं

प्रति दिन एक बार से भी कम

दिन में एक बार

दिन में दो बार

दिन में दो बार से अधिक

पता नहीं/अनिश्चित

5. आपकी संतान किस प्रकार के टूथपेस्ट का उपयोग करती है?

स्टैंडर्ड फ्लोराइड टूथपेस्ट

बच्चों का फ्लोराइड टूथपेस्ट

गैर-फ्लोराइड टूथपेस्ट

पता नहीं/अनिश्चित

6. आप अपनी संतान के दांतों और मुंह को क्या दर्जा देंगे?

खराब

साफ

अच्छा

बहुत अच्छा

उत्कृष्ट

कृपया इस अनुवाद का उपयोग अंग्रेजी सहमति फॉर्म को भरने के लिए मार्गदर्शिका के रूप में करें।



# एनएसडब्ल्यू हेल्थ मोबाइल डेंटल आउटरीच प्रोग्राम

## चाइल्ड डेंटल बनेफिट्स शेड्यूल जानकारी पत्रक

### एनएसडब्ल्यू में बच्चों के लिए डेंटल देखभाल

एनएसडब्ल्यू में सभी बच्चे निःशुल्क सरकारी डेंटल सेवाएँ प्राप्त कर सकते हैं।

कुछ बच्चे ऑस्ट्रेलियाई सरकार की चाइल्ड डेंटल बनेफिट्स शेड्यूल (CDBS) के लिए भी पात्र हो सकते हैं, दोनों तरह से ही, आपके द्वारा बिना किसी लागत के उन्हें समान उच्च स्तरीय देखभाल प्राप्त होगी।

### CDBS से क्या तात्पर्य है?

CDBS ऑस्ट्रेलियाई सरकार द्वारा प्रशासित है और इसके माध्यम से पात्र बच्चों को 2 कैलेंडर वर्षों में \$1,095 मूल्य तक की डेंटल सेवाएँ पहुंच प्राप्त होती हैं।

बच्चे तभी पात्र होते हैं यदि:

- कैलेंडर वर्ष के किसी भी एक दिन के लिए उनकी आयु 0 से 17 वर्ष है और
- वे Medicare के लिए पात्र हैं और
- वे उस परिवार का हिस्सा हैं जिसे Family Tax Benefit Part A मिलता है, या <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule> पर मानव सेवाएँ विभाग (Department of Human Services) के माध्यम से दी गई उपलब्ध सूची में से बच्चे/बच्ची को ऑस्ट्रेलियाई सरकार से भुगतान प्राप्त होता है।

आपको अपनी संतान को CDBS के लिए पंजीकृत करने की आवश्यकता नहीं है।

### मेरी संतान CDBS का उपयोग कैसे कर सकती है?

आपकी संतान अपने CDBS का उपयोग निम्नलिखित स्थान पर कर सकती है:

- इस स्कूल-आधारित कार्यक्रम में।
- एनएसडब्ल्यू सरकारी डेंटल क्लिनिक में या,
- किसी प्राइवेट डेंटल चिकित्सक के पास।

### वित्तीय सहमति

**आपके लिए इसकी कोई लागत नहीं होगी।** चाहे आप वित्तीय सहमति फॉर्म पर हस्ताक्षर नहीं करते/ती हैं, पर फिर भी आपकी संतान को एनएसडब्ल्यू हेल्थ से निःशुल्क डेंटल उपचार प्राप्त होगा।

वित्तीय सहमति फॉर्म नीले उपचार सहमति फॉर्म से अलग फॉर्म है।

यदि \$1,095 मूल्य की सीमा पूरी हो गई है, या आपकी संतान को आगे के उपचार की आवश्यकता है जिसे कवर नहीं किया गया है, तो आपसे कोई शुल्क नहीं लिया जाएगा।

### आपको अपनी संतान की डेंटल देखभाल की लागत के बारे में क्या जानने की आवश्यकता है?

यदि आप वित्तीय सहमति देते/ती हैं तो हम कामनवेलथ सरकार से क्लेम कर सकते हैं। पहले से ही बताए गए किसी भी उपचार के लिए यह राशि \$622.10 से अधिक नहीं होगी। आप किसी भी उपचार के लिए भुगतान नहीं करेंगे।

### पहली अपॉइंटमेंट

आपकी संतान की पहली अपॉइंटमेंट के लिए CDBS के तहत क्लेम किए जा सकने वाले उपचार की अपेक्षित अधिकतम लागत नीचे दी गई तालिका में वर्णित है:

उपचार संबंधी विवरण	उपचार आइटम कोड	CDBS लागत
डेंटल जांच	88011	\$57.65
दो छोटे डेंटल एक्स-रे	88022 x 2	\$33.35 x 2
प्लाक हटाने के लिए दांतों की सफाई	88111*	\$58.90
कैल्कुलस हटाने के लिए दांतों की सफाई	88114*	\$98.20
फ्लोराइड वार्निश का प्रयोग	88121	\$37.85
8 स्थायी मोलर दांत (दाढ़ के दांत) के ग्रूव को फिशर सील करना	88161 x 4 88162 x 4	\$50.45 x 4 \$25.25 x 4
<b>कुल लागत</b>		<b>\$622.10</b>

\*कृपया इस बात पर ध्यान दें कि अपॉइंटमेंट में इन दो वस्तुओं में से केवल एक के लिए ही क्लेम किया जा सकता है।

### पुनः जांच की अपॉइंटमेंट (यदि आवश्यक हो)

आपकी संतान की समीक्षा अपॉइंटमेंट के लिए CDBS के तहत क्लेम किए जा सकने वाले उपचार की अपेक्षित अधिकतम लागत नीचे दी गई तालिका में वर्णित है:

उपचार संबंधी विवरण	उपचार आइटम कोड	CDBS लागत
डेंटल जांच	88013	\$30.10
फ्लोराइड वार्निश का प्रयोग	88121	\$37.85
<b>कुल लागत</b>		<b>\$67.95</b>

यदि आगे के उपचार की आवश्यकता है, तो इस पर और किसी भी आवश्यक उपचार के CDBS लागत पर चर्चा करने के लिए सरकारी डेंटल सेवा द्वारा आपसे संपर्क किया जाएगा।

**एनएसडब्ल्यू में रहने वाले सभी बच्चे निःशुल्क सरकारी डेंटल सेवाएँ प्राप्त कर सकते हैं।**

### और अधिक जानकारी के लिए:

[www.health.nsw.gov.au/cdbs](http://www.health.nsw.gov.au/cdbs) पर जाएँ या ऑस्ट्रेलियाई सरकार के Department of Human Services की वेबसाइट [www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule](http://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule) पर जाएँ।

आप अपनी संतान की मात्रता और CDBS बैलेंस के बारे में [my.gov.au](http://my.gov.au) पर अपने Medicare ऑनलाइन खाते के माध्यम से या 132 011 पर संपर्क करके जांच कर सकते/ती हैं।

Facility:

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**चाइल्ड डेंटल बेनेफिट्स शेड्यूल ब्लक बिलिंग रोगी सहमति**

मैं, रोगी / कानूनी अभिभावक, प्रमाणित करता/ती हूँ कि मुझे निम्नलिखित की सूचना दी गई है:

- इलाज जो चाइल्ड डेंटल बेनेफिट्स शेड्यूल के अधीन इस तिथि से उपलब्ध कराया गया है या कराया जाएगा;
- इस इलाज के संभावित खर्च की; और
- यह कि बेनेफिट (लाभ) सीमा के अधीन यदि पर्याप्त धन-राशि उपलब्ध होगी तो मुझे चाइल्ड डेंटल बेनेफिट्स शेड्यूल के अधीन सेवाओं के लिए बल्क बिल किया जाएगा, और इन सेवाओं के लिए मुझे अपनी जेब से खर्चा नहीं करना पड़ेगा।

**मैं समझता/ती हूँ कि मुझे / रोगी को बेनेफिट सीमा तक ही डेंटल बेनेफिट्स की पहुँच होगी।**

**मैं समझता/ती हूँ कि कुछ सेवाओं के लिए बेनेफिट्स पर सीमाएँ लागू हो सकती हैं और यह चाइल्ड डेंटल बेनेफिट्स शेड्यूल सेवाओं की सीमित श्रृंखला को शामिल करता है।**

**मैं समझता/ती हूँ कि सेवाओं का खर्चा उपलब्ध बेनेफिट सीमा को कम कर देगा।**

/

रोगी का मेडिकेयर नम्बर  
Patient's Medicare number

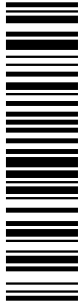
रोगी / कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर  
Patient / legal guardian signature

रोगी का पूरा नाम  
Patient's full name

हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का पूरा नाम (यदि रोगी नहीं है तो)  
Full name of person signing (if not patient)

दिनांक  
Date

यह फॉर्म उस पहले संपूर्ण कैलेंडर वर्ष (जनवरी-दिसम्बर) के लिए वैध है जिसमें आपकी संतान को अपनी पहली पात्र डेंटल सेवा मिलती है, बशर्ते कि आप अपनी सहमति वापस नहीं ले लेते/ती हैं।



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019

BINDING MARGIN - NO WRITING