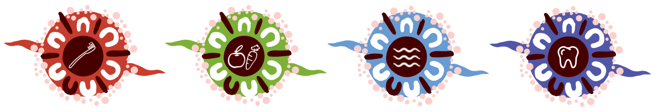

NSW Health

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रम

नमूना
कृपया यो अनुवादित सामाग्री अंग्रेजी अनुमती फाराम भर्नको लागि गाइडको रूपमा प्रयोग गर्नुहोला।

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) तपाईंको बच्चाको लागि स्कूलमै दन्त परीक्षण सेवा प्रदान गर्न पाएकोमा हर्ष व्यक्त गर्दछ।

यस प्याक (pack) मा एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रमको बारेमा जानकारी र निम्न फारामहरू समावेश छ

- उपचार सहमति फाराम
- वित्तीय सहमति फाराम

के यसको लागि कुनै खर्च लाग्छ ?

लाग्दैन, यो एन.एस.डब्ल्यू. सरकारद्वारा प्रदान गरिने नि:शुल्क सेवा हो।

तपाईंको बच्चा अस्ट्रेलियाली सरकारको चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल (Child Dental Benefits Schedule; CDBS) को लागि पनि योग्य हुन सक्छ, जुन मेडिकेयर जस्तै सेवा हो। यदि तपाईंले CDBS सहमति फाराममा हस्ताक्षर गर्नुभयो भने अस्ट्रेलियाली सरकारले हामीलाई तपाईंको पक्षबाट यो दन्त उपचारको लागि खर्च दाबी गर्न अनुमति दिन्छ। यदि तपाईंको बच्चा योग्य छैन भने, एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थले यो सेवा नि:शुल्क प्रदान गर्नेछ ।

हामी तपाईंलाई CDBS वित्तीय सहमति फाराममा हस्ताक्षर गर्न प्रोत्साहन गर्दछौं किनकि यसले हामीलाई एन.एस.डब्ल्यू. मा दन्त उपचार प्रदान गर्न मद्दत गर्नेछ, तर यो अनिवार्य छैन।

तपाईंले गर्नुपर्ने कार्य:

1. यो प्याक (pack) मा भएका सबै जानकारी **पढ्नुहोस्**
2. सहमति फाराम अंग्रेजीमा **पुरा भर्नुहोस**
3. उपचार सहमति फाराममा **हस्ताक्षर गर्नुहोस्**
4. जोखिमको बारे जानकारी प्रश्नावली **पूरा गर्नुहोस्** (यसले हामीलाई तपाईंको बच्चालाई व्यक्तिगत उपचार प्रदान गर्न मद्दत गर्दछ)
5. चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल (Child Dental Benefits Schedule) जानकारीपत्र **पढ्नुहोस्**
6. चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल बल्क बिलिंग (Bulk Billing) बिरामीको सहमति (ऐच्छिक) मा **हस्ताक्षर गर्नुहोस्**
7. **सहमति फारामहरू तपाईंको बच्चाको स्कुलमा** जतिसक्दो चाँडो **फिर्ता गर्नुहोस्**

उपचार जानकारी

यसमा के समावेश छ?

यदि तपाईंले सहमति प्रदान गर्नुभयो भने, तपाईंको बच्चाले निम्न सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छ:

उपचार	विवरण
दाँतको परीक्षण	जोखिम मूल्यांकन, वृद्धि मूल्यांकन (उचाइ र तौल मापन तथा बडि मास इन्डेक्स (BMI)), र मौखिक स्वास्थ्य शिक्षा सहितको व्यापक परीक्षण। एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) सार्वजनिक डेन्टल क्लिनिकहरूको लागि राम्रो क्लिनिकल उपचारको एक अंशको रूपमा डेन्टल चेकअपको सबै बालबालिकाको वृद्धि मूल्यांकन पनि गर्नु एक मानक अभ्यास हो।
दाँतको एक्स-रे (आवश्यक भएमा)	२ पटक दाँतको सानो एक्स-रे हरू (आवश्यक परमा) वयस्क दाँतहरू निस्केको जाँच्न दाँतभित्र र गिजाको मुनि हेर्न।
क्लिनिकल तस्बिरहरू (यदि आवश्यक भएमा)	मुख भित्रको दाँत, गिजा, जिब्रो, गाला र/वा ओठको क्लिनिकल फोटोहरू।
दाँतको सफाई (आवश्यक भएमा)	प्लाक (plaque) र/वा क्याल्कुलेस (calculus) हटाउनको लागि दाँतको सफाई।
फिस्योर सिलिंग (आवश्यक भएमा)	दाँतलाई सड्नबाट रोक्न स्थायी मोलर (molar) दाँतहरूको जोडहरूमा सिलिंग (sealing)।
फ्लोराइड वार्निश (fluoride varnish) (आवश्यक भएमा)	दाँत सड्ने खतरा कम गर्न दाँतमा टाँसिने फ्लोराइड पेस्ट को प्रयोग गर्न।

तपाईंको बच्चाले प्राप्त गर्न सक्ने उपचारहरूको बारेमा थप पढ्न तपाईंलाई समबन्धित वेबसाइटमा जान सल्लाह दिंदछौं। अथवा ओभरलिफमा दिइए अनुसार आफ्नो स्थानीय स्वास्थ्य एकाइ सँग सम्पर्क राख्नुहोस्।

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रम

यदि मेरो बच्चाको दाँतको नियमित उपचार भैरहेको छ भने के गर्ने?

यदि तपाईंको बच्चा नियमित निजी दन्त उपचार सेवामा आवद्ध छ भने, उनीहरूबाट उपचार गरिरहन सल्लाह दिइन्छ। NSW मा सबै केटाकेटीले सार्वजनिक दन्त चिकित्सा क्लिनिकमा नि:शुल्क दन्त उपचार पाउन सक्छन्। सार्वजनिक दन्त चिकित्सकहरूले सामान्य तथा आकस्मिक दुवै दन्त चिकित्सा सेवा प्रदान गर्छन्।

यदि मेरो बच्चालाई तत्काल उपचार चाहिने दन्त समस्या छ भने के गर्ने?

तपाईंको बच्चालाई तत्काल उपचार चाहिनसक्ने लक्षणहरू यसप्रकार छन्:

- अनुहार सुन्निने
- मुखमा सुन्निने
- लगातार मुखबाट रक्तश्राव हुने
- मुख वा दाँतमा क्षति पुर्याउने खाले दुर्घटना
- दाँतको दुखाइ (जस्तै: दाँत, मुख, गिजा वा बंगारामा)

आफ्नो स्थानीय सार्वजनिक दन्त क्लिनिकलाई फोन गर्नुहोस्। कार्यालयको समयभन्दा बाहिरको समयमा, आफ्नो बच्चालाई सार्वजनिक अस्पतालको आकस्मिक विभागमा लैजानुहोस्।

तपाईं कुन स्थानीय स्वास्थ्य जिल्ला (LHD) मा बस्नुहुन्छ भन्ने पत्ता लगाउन QR कोड स्क्यान गर्नुहोस्:

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रम को बारेमा सोधपुछ

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) प्राथमिक विद्यालय घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रम को बारेमा निम्न लगायत थप जानकारीको लागि:

- बारम्बार सोधिने प्रश्नहरू
- उपचार सम्बन्धी जानकारी
- हाम्रो गोपनीयता विवरण
- तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग हुन्छ

www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach मा जानुहोस् वा तलको QR कोड स्क्यान गर्नुहोस्:

के तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ?

यी फारामहरू पूरा गर्न यदि तपाईंलाई दोभाषेको आवश्यकता पर्दछ भने, कृपया तलको कुनै एउटा नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

स्थानीय स्वास्थ्य एकाइ (Local Health District; LHD)	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

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health)
घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रम

NSW GOVERNMENT

उपचार सहमति फाराम

कृपया सबै पृष्ठहरू पूरा भर्नुहोस् ।

कालो वा नीलो कलम प्रयोग गरेर **अँग्रेजीको ठूला (English CAPITAL)** अक्षरमा पूरा गर्नुहोस्। कृपया पूरा गर्नुभएको फाराम आफ्नो बच्चाको स्कूलमा फिर्ता गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई यो फाराम पूरा गर्ने बारेमा कुनै प्रश्न छ भने, कृपया आफ्नो स्थानीय सार्वजनिक दन्त सेवामा सम्पर्क गर्नुहोस्।

नमूना

विद्यार्थीको विवरण

थर: (उनीहरूको मेडिकेयर कार्डमा भएको)

नाम/नामहरू:

लिंग:

जन्म मिति:

/ /

जन्मेको देश:

विद्यालयको नाम:

विद्यालय वर्ष:

घरको ठेगाना: (जस्तै: 5 Smith Lane)

सबअर्ब:

पोष्टकोड:

मेडिकेयर कार्ड नम्बर (१० अंकहरू):

कार्डमा बच्चाको नम्बर:

मेडिकेयर समाप्ति मिति:

कृपया तपाईंको बच्चाको हकमा लागू हुने बक्साहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

बच्चाको मेडिकेयर नम्बर छैन:

घरमा बोलिने भाषा (हरू):

अँग्रेजी   अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)

रुचाइएको भाषा (उल्लेख गर्नुहोस्):

अनुवादक चाहिन्छ?

चाहिन्छ   चाहिँदैन

आदिवासी स्थिति:

एबोरिजिनल अथवा टोरस स्ट्रेट आइल्यान्डर कुनै पनि हैन

एबोरिजिनल

टोरस स्ट्रेट आइल्यान्डर

दुवै एबोरिजिनल र टोरस स्ट्रेट आइस्ल्यान्डर

स्वीकृत आदिवासी प्रतिनिधि को आवश्यकता पर्दछ:

चाहिन्छ   चाहिँदैन

तपाईंको विवरण – अभिभावक वा कानुनी संरक्षक

थर:

नाम/नामहरू:

बच्चासँगको सम्बन्ध:

मोबाइल नम्बर:

इमेल:

चिकित्सा जानकारी

कृपया तपाईंको बच्चाको हकमा लागू हुने बक्साहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

मेरो बच्चालाई एलर्जी छ (जस्तै: लाटेक्स (latex), प्राकृतिक रसिन (natural resin)).

छ छैन थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

मेरो बच्चालाई स्वास्थ्य समस्या छ।

छ छैन थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

मेरो बच्चालाई नियमित औषधी चाहिन्छ।

छ छैन थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

मेरो बच्चालाई अशक्तता छ।

छ छैन थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

यदि तपाईंले माथि का कुनैलाई 'छ' जवाफ दिनुभयो भने कृपया त्यसको बारेमा थप जानकारी दिनुहोस्।

डेन्टल जानकारी

के तपाईंको बच्चालाई विगतमा दाँतको कुनै समस्या (जस्तै: दाँत सड्ने) थियो?

छ

छैन

यदि तपाईंले माथि थियो भनेर जवाफ दिनुभयो भने, कृपया वर्णन गर्नुहोस्।

तपाईंको बच्चा अन्तिम पटक कहिले दन्त चिकित्सक कहाँ गएको थियो?

१२ महिना भन्दा कम

१२ महिना भन्दा पहिले

कहिल्यै गएको छैन

थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

के तपाईंको बच्चाको अन्तिम पटक दन्त परीक्षणको लागि तलको मध्ये कुन ठाँउमा गएको थियो:

निजी दन्त चिकित्सककोमा, हेल्थ फन्ड डेन्टल क्लिनिक समेत गरर

सार्वजनिक डेन्टल क्लिनिकमा /डेन्टल अस्पताल

अन्य कुनै स्थान

थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) प्राथमिक विद्यालय घुम्ती दन्त परीक्षण कार्यक्रममा

कृपया तपाईंको बच्चाको अन्तिम दन्त सेवा प्रदायक को नाम र सम्पर्क विवरण उपलब्ध गराउनुहोस्

के तपाईंको बच्चाको दाँतमा विगत ६ महिनामा फ्लोराइडको प्रयोग भएको छ?

छ छैन थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

के विगत ६ महिनाभित्र तपाईंको बच्चाको दाँतको एक्स-रे गरिएको छ?

छ छैन थाहा छैन/अनभिज्ञ छु

उपचार सहमतित

- मैले एन.एस.डब्ल्यू. हेल्थ (NSW Health) घुम्ती दन्त पहुँच कार्यक्रम को बारेमा प्रदान गरिएको जानकारी पढेको छु र बुझेको छु।
- मैले कुनै पनि बेला सहमति फिर्ता लिन सक्छु भन्ने मैले बुझेको छु। यसका लागि, आफ्नो स्थानीय स्वास्थ्य चौकि लाई सम्पर्क गर्नुहोस्
- मैले यस सूचना प्याकेजमा दिइएको सम्पर्क नम्बरहरूमा फोन गरेर अथवा तलको वेबसाइटमा गएर मलाई उपलब्ध गराइएका जानकारीको बारेमा मसँग भएका प्रश्नहरू सोध्ने र स्पष्टीकरण प्राप्त गर्ने मौका पाएको छु: www.health.nsw.gov.au/oralhealth/mobile-outreach
- स्थानीय स्वास्थ्य जिल्ला (Local Health District) प्रतिनिधिले यस फाराममा प्रदान गरिएको कुनै पनि जानकारी स्पष्ट पार्न र/वा मेरो बच्चाको मुखको स्वास्थ्यबारे छलफल गर्न मलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने मैले बुझेको छु।
- मैले NSW Health वेबसाइटमा रहेको गोपनीयता विवरणपत्र (Privacy Statement) हेर्ने मौका पाएको छु: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx। मेरो र/वा मेरो बच्चाको व्यक्तिगत जानकारी (स्वास्थ्य जानकारी सहित) त्यो विवरणपत्रमा उल्लेख भए बमोजिम निश्चित परिस्थितिमा प्रकट गर्न सकिन्छ भन्ने मैले बुझेको छु।
- मैले जानेबुझेसम्म मैले मेरो बच्चाको दाँतको उपचारमा असर गर्न सक्ने कुनै पनि स्वास्थ्य स्थिति समेत मेरो बच्चाको बारेमा सही जानकारी प्रदान गरेको छु भन्ने घोषणा गर्दछु।

कृपया निम्न कुराहरू पूरा भर्नुहोस् र तपाईंले आफ्नो बच्चाको लागि चाहेको प्रत्येक उपचारको छेउमा भएको बक्सामा चिन्ह लगाउनुहोस्। यदि तपाईंले डेन्टल चेक-अप साइन गर्नुभएन भने कुनै अपोइन्टमेन्ट उपलब्ध हुन सक्दैन ।

म (पूरा नाम) ______________________

मिति (आजको मिति), ___ / ___ / 2 0 ___ मा मेरो बच्चा

(पूरा नाम) ______________________

(जन्म मिति), ___ / ___ / ______ लाई चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक भए अनुसारका तलको सेवा प्रदान गर्न सहमति दिँदछु:

उपचार	विवरण	अभिभावक/कानुनी संरक्षकको हस्ताक्षर
डेन्टल परीक्षण	जोखिम मूल्यांकन, वृद्धि मूल्यांकन, र मौखिक स्वास्थ्य शिक्षा सहित व्यापक परीक्षा। दाँतको जाँच गर्न सहमति नदिएसम्म अन्य कुनै उपचार उपलब्ध गराउन सकिने छैन।	X
डेन्टल एक्स-रे (आवश्यक भएमा)	औसतमा, दाँतको सानो एक्स-रे (दुई वटा)	X
क्लिनिकल तस्बिरहरू (यदि आवश्यक भएमा)	मुख भित्रको दाँत, गिजा, जिब्रो, गाला र/वा ओठको क्लिनिकल फोटोहरू।	X
दाँतको सफाई (आवश्यक भएमा)	प्लाक (plaque) र/वा क्याल्कुलेस (calculus) हटाउनको लागि दाँतको सफाई	X
फिस्योर सिलेन्ट्स (fissure sealants) (आवश्यक भएमा)	दाँतलाई सड्नबाट रोक्न स्थायी मोलर (molar) दाँतहरूको जोडहरूमा सिलिंग (sealing)	X
फ्लोराइड वारनिश (आवश्यक भएमा)	दाँत सड्ने खतरा कम गर्न दाँतमा टाँसिने फ्लोराइड पेस्ट को प्रयोग	X

के तपाईं आफ्नो बच्चाको अपोइन्टमेन्ट (appointment) मा उपस्थित हुन चाहनुहुन्छ? ☐ छ ☐ छैन

कृपया यो उत्तरहरूको सामान्य अंग्रेजी अनुमती फारम भर्नको
लागि गाइडको रूपमा प्रयोग गर्नुहोला।

जोखिमको बारे जानकारी प्रश्नावली

तपाईंको बच्चाको दाँतको मूल्यांकन गर्नको लागि हामीलाई मद्दत गर्न, कृपया सबैभन्दा उपयुक्त बक्सामा चिन्ह लगाउनुहोस् र सोधिएको ठाँउमा परिमाण उल्लेख गर्नुहोस्:

१. तपाईंको बच्चाले प्राय: कति चिनी भएको पेय पदार्थहरू जस्तै सफ्ट ड्रिंक्स, कोर्डियल (cordials), स्पोर्टस् ड्रिंक्स, इनर्जी ड्रिंक्स वा आइसिड चिया जस्ता गुलियो पेय पदार्थ कति पटक पिउने गर्दछ ?
(१ कप = २५० मि.लि. । १ क्यान सफ्ट ड्रिंक = १.५ कप ।
खेल पेय पदार्थको ५०० मिलिलिटर बोतल = २ कप)

- ☐ हरेक दिन
  प्रति दिन पिउने कपको अनुमानित सङ्ख्या: ☐☐
- ☐ हप्ताको केही पटक
  एक हप्ता पिउने कपहको अनुमानित सङ्ख्या: ☐☐
- ☐ विरलै वा कहिल्यै पनि
- ☐ थाहा छैन/अनिश्चित

२. तपाईंको बच्चाले प्रायः कति पानी पिउँछ ?
(१ कप = २५० मि. लि. वा घरमा प्रयोग हुने चियाको कप ।
६०० मि.लि. पानीको बोतल = २.४ कप)

- ☐ हरेक दिन
  प्रति दिन पिउने कपको अनुमानित सङ्ख्या: ☐☐
- ☐ हप्ताको केही पटक
  एक हप्ता पिउने कपहको अनुमानित सङ्ख्या: ☐☐
- ☐ विरलै वा कहिल्यै पनि
- ☐ थाहा छैन/अनिश्चित

३. तपाईंको बच्चाले प्रायः गुलियो बिस्कुट, केक, पेस्ट्री वा स्न्याक बार कति पटक खाने गर्छ ?
(स्न्याक बार (snack bar) मुसेली बार (muesli bar), ब्रेकफास्ट बार र प्रोटिन/एनर्जी बार तथा बल (ball) हरू पर्छन्)

- ☐ हरेक दिन
  प्रति दिन अनुमानित सङ्ख्या: ☐☐
- ☐ हप्ताको केही पटक
  एक हप्तामा अनुमानित सङ्ख्या: ☐☐
- ☐ विरलै वा कहिल्यै पनि
- ☐ थाहा छैन/अनिश्चित

४. तपाईंको बच्चाले कति पटक टुथपेष्ट लगाएर दाँत माझ्ने गर्छ?

- ☐ विरलै वा कहिल्यै पनि
- ☐ एक पटक/दिन भन्दा कम
- ☐ दिनको एक पटक
- ☐ दिनको दुई पटक
- ☐ दिनमा दुई पटकभन्दा बढी
- ☐ थाहा छैन/अनिश्चित

५. तपाईंको बच्चाले कस्तो प्रकारको टूथपेस्ट प्रयोग गर्छ ?

- ☐ स्टयाण्डर्ड फ्लोराइड टुथपेस्ट
- ☐ बच्चाहरूको फ्लोराइड टूथपेस्ट
- ☐ फ्लोराइड नभएको टुथपेस्ट
- ☐ थाहा छैन/अनिश्चित

६. तपाईं आफ्नो बच्चाको दाँत र मुखको अवस्थालाई कस्तो मूल्यांकन गर्नु हुन्छ ?

- ☐ ठिक छैन
- ☐ ठिकै छ
- ☐ राम्रो छ
- ☐ धेरै राम्रो छ
- ☐ उत्कृष्ट छ

चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल (Child Dental Benefits Schedule; CDBS) जानकारी पत्र

NSW मा बालबालिकाहरूको दाँतको हेरचाह

NSW मा सबै बालबालिकाहरूले नि:शुल्क सार्वजनिक दन्त सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छन्।

केही बालबालिकाहरू अष्ट्रेलियाली सरकारको चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल (CDBS) को लागि पनि योग्य हुन सक्छन्। कुनै पनि अवस्थामा, उनीहरूले उस्तै उच्च स्तरको सेवा पाउनेछन् जसको लागि तपाईंलाई कुनै खर्च लाग्दैन।

CDBS के हो?

CDBS अस्ट्रेलियाली सरकारद्वारा प्रशासित छ र यसले योग्य बालबालिकाहरूलाई २ क्यालेन्डर वर्षहरूमा $१,०२६ डलरसम्मको दन्त सेवा उपलब्ध गराउँदछ।

बालबालिकाहरू यसको लागि योग्य हुन्छन् यदि उनीहरू:

- उक्त क्यालेण्डर वर्षमा कुनै एक दिनको लागि ० वर्ष देखि १७ वर्षसम्मको उमेरका थिए र
- मेडिकेयर (Medicare) को लागि योग्य छन् र
- Family Tax Benefit Part A, प्राप्त गर्ने परिवारको सदस्य हुन् वा ती बालबालिकाले Department of Human Services मार्फत https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule मा उपलब्ध सूची अनुसार अष्ट्रेलियाली सरकारबाट भुक्तानी प्राप्त गर्दछन्।

तपाईंले CDBS लागि आफ्नो बच्चाको नाम दर्ता गर्न आवश्यक छैन।

मेरो बच्चाले CDBS कसरी प्रयोग गर्न सक्छ?

तपाईंको बच्चाले आफ्नो CDBS निम्न स्थलमा प्रयोग गर्न सक्दछ:

- यस विद्यालय-आधारित कार्यक्रममा।
- कुनै NSW सार्वजनिक दन्त क्लिनिकमा वा,
- कुनै निजी दन्त चिकित्सककोमा।

वित्तिय सहमति

तपाईंले कुनै खर्च व्यहोर्नु पर्ने छैन। तपाईंले यस वित्तिय सहमतिपत्रमा हस्ताक्षर गर्नुभएन भने पनि तपाईंको बच्चाले NSW Health बाट नि:शुल्क दन्त उपचार पाउनेछ।

यो वित्तीय सहमति फाराम, हरियो रंगको उपचार सहमति फारामभन्दा भिन्न फाराम हो।

यदि $१,०२६ को अधिकतम सीमा पुग्यो भने, वा तपाईंको बच्चालाई त्यसभित्र नपर्ने थप उपचारको आवश्यकता परमा, तपाईंलाई कुनै शुल्क लगाइने छैन।

तपाईंले आफ्नो बच्चाको दन्त उपचारको महत्त्वबारे के थाहा पाउनु आवश्यक छ?

यदि तपाईंले वित्तिय सहमति दिनुभयो भने हामी कमनवेल्थ सरकारबाट दाबी गर्न सक्छौं। यो रकम पूर्व उल्लेखित कुनै पनि उपचारको लागि $622.10 भन्दा बढी हुने छैन। तपाईंले कुनै पनि उपचारको लागि पैसा तिर्नु हुने छैन।

पहिलो अपोइन्टमेन्ट

तपाईंको बच्चाको पहिलो अपोइन्टमेन्ट (appointment) को लागि CDBS अन्तर्गत दाबी गर्न सकिने उपचारको अपेक्षित अधिकतम लाभ रकम निम्न तालिकामा उल्लेख गरिएको छ:

उपचारको विवरण	उपचार आइटम कोड (item code)	CDBS लाभ रकम
दाँतको जाँच	88011	$57.65
दाँतको सानो एक्स-रे (दुई वटा)	88022 x 2	$33.35 x 2
प्लाक (plaque) हटाउनको लागि दाँतको सफाई	88111*	$58.90
क्याल्कुलेस (calculus) हटाउनको लागि दाँतको सफाई	88114*	$98.20
फ्लोराइड वार्निश (fluoride varnish) गर्ने	88121	$37.85
८ वटासम्म स्थायी मोलर (molar) दाँतहरूमा फिस्योर सिलिंग (fissure sealing) गर्ने	88161 x 4 88162 x 4	$50.45 x 4 $25.25 x 4
जम्मा खर्च		**$622.10**

* कृपया ध्यान दिनुहोस् एउटा अपोइन्टमेन्टमा निम्न दुई आइटमहरू मध्ये एउटाको लागि मात्र दावी गर्न सकिन्छ।

समीक्षा अपोइन्टमेन्ट (यदि आवश्यक परमा)

तपाईंको बच्चाको समीक्षा अपोइन्टमेन्टको लागि CDBS अन्तर्गत दाबी गर्न सकिने उपचारको अपेक्षित अधिकतम लाभ रकम निम्न तालिकामा उल्लेख गरिएको छ:

उपचारको विवरण	उपचार आइटम कोड (item code)	CDBS लाभ रकम
दाँतको जाँच	88013	$30.10
फ्लोराइड वार्निश (fluoride varnish) गर्ने	88121	$37.85
जम्मा खर्च		**$67.95**

यदि थप उपचार आवश्यक परमा, त्यसको बारेमा छलफल गर्न र आवश्यक कुनै पनि उपचारको CDBS लाभ रकमको बारेमा छलफल गर्न तपाईंलाई सार्वजनिक दन्त सेवा केन्द्रले सम्पर्क गर्नेछ।

NSW मा बस्ने सबै बालबालिकाहरूले नि:शुल्क सार्वजनिक दन्त सेवा पाउन सक्छन्।

थप जानकारीको लागि:

www.health.nsw.gov.au/cdbs मा जानुहोस् वा अष्ट्रेलियाली सरकारको Department of Human Services को वेवसाइट www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule मा जानुहोस्।

तपाईंले आफ्नो बच्चाको योग्यता र CDBS ब्यालेन्सको बारे आफ्नो मेडिकेयर अनलाइन खाता मार्फत my.gov.au वा 132 011 मा फोन गरेर थाहा पाउन सक्नुहुन्छ।

NSW GOVERNMENT | Health

Facility:

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE BULK BILLING PATIENT CONSENT

FAMILY NAME	MRN
GIVEN NAME	☐ MALE ☐ FEMALE
D.O.B. _______ / _______ / _______	M.O.
ADDRESS	
LOCATION / WARD	

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

SMR020015

चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल (CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE) बल्क बिलिंग (BULK BILLING) बिरामीको सहमति

म, बिरामी / कानुनी संरक्षक, मलाई निम्नानुसार जानकारी दिइएको प्रमाणित गर्दछु:

- चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल अन्तर्गत यस मितिबाट प्रदान गरिएको वा प्रदान गरिने उपचारको बारेमा;
- यस उपचारको सम्भावित खर्चको बारेमा; र
- मलाई चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युल अन्तर्गतका सेवाहरूको लागि तोकिएको अधिकतम लाभ सीमा ननाघने गरि कोषमा आवश्यक रकम उपलब्ध भएसम्म बल्क बिलिंग गरिनेछ, र म यी सेवाहरूको खर्च आफ्नो खल्ती (out-of-pocket) बाट तिर्ने छैन।

मैले म स्वयंले / बिरामीले केवल तोकिएको अधिकतम लाभ सीमासम्म मात्र दन्त उपचार लाभहरूमा पहुँच पाउने कुरा बुझेको छु।

मलाई थाहा छ कि केही सेवाहरूसँग सम्बन्धित लाभहरूमा बन्देज हुनसक्छ र चाइल्ड डेन्टल बेनिफिट सेड्युलले एक सीमित दायराभित्र पर्ने सेवाहरूमात्र समेट्दछ।

मलाई थाहा छ कि यी सेवाहरूमा हुने खर्चले उपलब्ध लाभको अधिकतम सीमालाई घटाउने छ।

ड्राफ्ट
कृपया यो उल्थाइएको सामाग्री अंग्रेजी अनुरूपी फारम भर्नको लागि गाइडको रुपमा प्रयोग गर्नुहोला।

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐

बिरामीको मेडिकेयर नम्बर
Patient's Medicare number

____
बिरामीको / कानुनी संरक्षकको हस्ताक्षर
Patient / legal guardian signature

____
बिरामीको पूरा नाम थर
Patient's full name

____
हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको पूरा नाम (यदि बिरामीले नगरेको भएमा)
Full name of person signing (if not the patient)

_______ / _______ / _______
मिति
Date

तपाईंले आफ्नो सहमति फिर्ता नलिएको खण्डमा, यो फाराम तपाईंको बालबालिकाले उनीहरूको पहिलो योग्य दन्त उपचार सेवा लिएको वर्षमा प्रथम पूर्ण क्यालेन्डर वर्ष (जनवरी देखि डिसेम्बर सम्म) को लागि मान्य हुनेछ।

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

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015

100821