

# အခမဲ့ သွားရောဂါကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ခွင့်ပြုချက်စာရွက်

အခမဲ့ သွားရောဂါ စစ်ဆေးခြင်းများ၊ သွားပေါက်ဖာထေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုဒ်သတ်လိမ်းခြင်းတို့ကို သင်ကလေး၏ ကျောင်းတွင် ဆောင်ရွက်ပေးနေပါသည်။ သွားရောဂါကု ဆရာဝန်များက ဤဝန်ဆောင်မှုများကို လုပ်ဆောင်ပေးပြီး ထိုသို့ပြုလုပ်ခြင်းဖြင့် သွားပိုးစားခြင်းမဖြစ်အောင် ကာကွယ်ပေးပါလိမ့်မည်။

## ဤအခမဲ့ဝန်ဆောင်မှုတွင် စာရင်းသွင်းရန် အောက်ပါအကွက်တစ်ကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ-

ကလေးအမည်- _____	(နောက်ဆုံးစာလုံး) _____	(ရှေ့စာလုံး) _____	(ဦးစားပေးအမည်) _____
ကလေး၏မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)- ____/____/____		ဆရာ- _____	အတန်း- _____
ကျောင်း- _____			

- ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်း၊ သွားပေါက်ဖာထေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုဒ်ဆေးဖြင့် ကုသခြင်း
  - ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်းနှင့် သွားပေါက်ဖာထေးခြင်း
  - ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်းနှင့် ဖလိုရိုဒ်ဆေးဖြင့် ကုသခြင်း
  - ရပါသည်။ သွားရောဂါစစ်ဆေးခြင်းသာ
- \* မှတ်ချက်- အကယ်၍ "ရပါသည်" အကွက်တစ်ခုထက်ပို၍ အမှန်ဖြစ်ထားပါက အတည်ပြုထားသော ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ပံ့ပိုးပေးပါမည်။
- မရပါ။ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအတွက် မည်သည့် သွားရောဂါကုဝန်ဆောင်မှုများကိုမျှ မပေးအပ်ပါနှင့်

<b>ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ</b>	
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ- _____	ဦးစားပေးဘာသာစကား- _____
သင့်ထံ ဆက်သွယ်ရန် အသင့်တော်ဆုံး ဖုန်းနံပါတ်- _____	မက်ဆေ့ချ်ပြုရန်ခွင့်ပြုချက်- <input type="checkbox"/> ရပါသည် <input type="checkbox"/> မရပါ
အီးမေးလ်လိပ်စာ- _____	
စာပိုရန်လိပ်စာ- _____	

<b>သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အောက်ပါအချက်အလက်များ ဖော်ပြပါ-</b>	
ကျွန်ုပ်၏ကလေး မှီဝဲနေသောဆေးများ (ဆေးဝါးများစာရင်း)- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
ကျွန်ုပ်၏ကလေး ဓာတ်မတည့်သောအရာများ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
လက်ရှိ ကျန်းမာရေးပြဿနာတစ်ခုခု ရှိမရှိ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ စဉ်းစားဖွယ်ရာ တစ်ခုခု ရှိမရှိ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>
သင့်ကလေးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်အောင် အကူအညီပေးသော အခြားအချက်အလက်များ- _____	မရှိပါ- <input type="checkbox"/>

**အောက်ပါအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။ သင့်ထံ ငွေတောင်းခံလွှာ မပို့ပါ။**

ကျန်းမာရေး အာမခံ- <input type="checkbox"/> Oregon Health Plan (OHP) / Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိက သွားကျန်းမာရေး အာမခံကုမ္ပဏီ _____ <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေး အာမခံမရှိပါ	ဤဝန်ဆောင်မှုများသည် <b>အခမဲ့</b> ဖြစ်သည်။
---	---

တစ်ကိုယ်ရေ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအပါအဝင် အချက်အလက်များကို သွားပေါက်ဖာထေးပေးသည့် ဝန်ထမ်းများ၊ ကျောင်းဝန်ထမ်းများ၊ အာမခံ ကုမ္ပဏီများ၊ ကလေး၏ သွားဆရာဝန်၊ သက်ဆိုင်ရာညွှန်ကြားမှုဌာနမှ သွားပေးသော အဖွဲ့အစည်း နှင့်/သို့မဟုတ် သွားရောဂါကုသမှု အဖွဲ့အစည်းတို့အကြား မှတ်တမ်းမတိရာအတွက် ထုတ်ပြန်ခြင်းနှင့် မျှဝေခြင်း ပြုလုပ်ရန် တရားဝင်မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်က 24 လကြာ သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။ \* ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အသိပေးချက်များ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ၎င်းကို All Smiles Community Oral Health ဝက်ဘ်ဆိုက် AllSmilesCOH.org/forms တွင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ လိုင်စင်ရကျမ်းကျင်ပညာရှင် အနီးကပ်ကြီးကြပ်မှုဖြင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာကျောင်းသားက ကုသမှုပေးအပ်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_

