



NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম

NSW স্বাস্থ্য আপনার সন্তানকে বিনামূল্যে স্কুল-ভিত্তিক দাঁতের (ডেন্টাল) চেক-আপ অফার করতে পেরে আনন্দিত।

এই প্যাকেজটিতে NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম সম্পর্কিত তথ্য ছাড়াও আরো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে

- চিকিৎসার সম্মতি ফর্ম
- আর্থিক সম্মতি ফর্ম

এর জন্য কোন খরচ আছে কি?

না, এটি NSW সরকার দ্বারা প্রদত্ত একটি বিনামূল্যের পরিষেবা।

আপনার সন্তান অস্ট্রেলিয়ান সরকারের চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল (CDBS) এর জন্যও যোগ্য হতে পারে যা মেডিকেলের মতো। আপনি যদি CDBS সম্মতি ফর্মটিতে স্বাক্ষর করেন তবে অস্ট্রেলিয়ান সরকার আমাদের এই দাঁতের যত্নের জন্য আপনার পক্ষে ক্লেইম করার অনুমতি দেয়। যদি আপনার সন্তান যোগ্য না হয় তবে NSW স্বাস্থ্য বিনামূল্যে সেবা প্রদান করবে।

আমরা আপনাকে CDBS আর্থিক সম্মতি ফর্মটিতে স্বাক্ষর করতে উৎসাহিত করি, কারণ এটি NSW-কে দাঁতের সেবা প্রদান করতে আমাদের সহায়তা করবে, তবে এটি বাধ্যতামূলক নয়।

চিকিৎসার তথ্য

কী অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে?

আপনি যদি সম্মতি প্রদান করেন তবে আপনার সন্তান পেতে পারে:

চিকিৎসা	বর্ণনা
দাঁতের চেক-আপ	বিস্তারিত পরীক্ষা যার মধ্যে রয়েছে ঝুঁকির কারণগুলো, মূল্যায়ন, দাঁতের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত শিক্ষা প্রদান করা, শারীরিক বৃদ্ধির মূল্যায়ন (উচ্চতা এবং ওজন পরিমাপ করা এবং শরীরের ভর সূচক (BMI) গণনা করা)। ভাল ক্লিনিকাল চিকিৎসার অংশ হিসাবে, NSW স্বাস্থ্যের সরকারী ডেন্টাল ক্লিনিকগুলোতে সকল শিশুদের ডেন্টাল চেক-আপের সময় তাদের শারীরিক বৃদ্ধির মূল্যায়ন করা হয়।
দাঁতের এক্স-রে (যদি প্রয়োজন হয়)	প্রাপ্তবয়স্ক দাঁত বাড়াচ্ছে কিনা তা পরীক্ষা করার জন্য দাঁতের ভেতর ও মাড়ির নিচ দেখতে ২টি ছোট ডেন্টাল এক্স-রে (প্রয়োজন হলে) করা হয়।
ক্লিনিকাল ইমেইজ (যদি প্রয়োজন হয়)	মুখের ভিতরে (যদি প্রয়োজন হয়) দাঁত, মাড়ি, জিহ্বা, গাল এবং চোঁটের ক্লিনিকাল ফটোগ্রাফ নেয়া হয়।
দাঁত পরিষ্কার (যদি প্রয়োজন হয়)	প্লাক এবং/অথবা ক্যালকুলাস অপসারণের জন্য দাঁত পরিষ্কার করা হয়।
ফিশার সিলেন্টস (যদি প্রয়োজন হয়)	দাঁতের ক্ষয় রোধে সহায়তা করার জন্য স্থায়ী মোলার দাঁতগুলোর খাঁজগুলো বন্ধ করা হয়।
ফ্লোরাইড বার্নিশ অ্যাপ্লিকেশন (যদি প্রয়োজন হয়)	দাঁতের ক্ষয় রোধে সহায়তার জন্য দাঁতে একটি স্টিকি ফ্লোরাইড পেস্ট প্রয়োগ করা হয়।

আপনার সন্তান যে চিকিৎসা পেতে পারে সে সম্পর্কে আরও জানতে আপনাকে ওয়েবসাইটটি দেখার পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে। অথবা আপনার স্থানীয় স্বাস্থ্য জেলার সাথে যোগাযোগ করতে নীচের তথ্য ব্যবহার করুন।।

আপনাকে যা করতে হবে:

১. এই প্যাকেজটির সকল তথ্য **পড়ুন**
২. ইংরেজিতে সম্মতি ফর্মটি **সম্পূর্ণ করুন**
৩. চিকিৎসার সম্মতি ফর্মটিতে **স্বাক্ষর করুন**
৪. ঝুঁকি সম্পর্কিত তথ্য প্রশ্নাবলী **সম্পূর্ণ করুন** (এটি আমাদেরকে আপনার সন্তানের ব্যক্তিগত সেবা প্রদান করতে সহায়তা করবে)
৫. চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল তথ্য পাতা **পড়ুন**
৬. চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল বান্ধক বিলিং রোগীর সম্মতি ফর্ম (ঐচ্ছিক) **স্বাক্ষর করুন**
৭. যত তাড়াতাড়ি সম্ভব **আপনার সন্তানের স্কুলে সম্মতি ফর্মগুলো ফেরত পাঠান**

NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম

আমার সন্তানের যদি ইতিমধ্যে নিয়মিত দাঁতের সেবা ব্যবস্থা থাকে তবে কী হবে?

যদি আপনার সন্তানের নিয়মিত ব্যক্তিগত দাঁতের সেবা ব্যবস্থা থাকে তবে তাদের সাথে সেবা ব্যবস্থা চালিয়ে যাওয়ার পরামর্শ দেওয়া হয়। NSW-এ সকল শিশু সরকারী ডেন্টাল ক্লিনিকগুলোতে বিনামূল্যে দাঁতের সেবা নিতে পারে। সরকারী ডেন্টাল ক্লিনিকগুলো সাধারণ এবং জরুরি উভয় ক্ষেত্রেই ডেন্টাল পরিষেবা সরবরাহ করে।

আমার সন্তানের এখন দাঁতের জরুরি সমস্যা হলে কী হবে?

আপনার সন্তানের জরুরি দাঁতের সেবার প্রয়োজন হতে পারে এমন লক্ষণগুলোর মধ্যে রয়েছে:

- চেহারা ফুলে যাওয়া
- মুখের মধ্যে ফোলাভাব
- মুখের মধ্যে ক্রমাগত রক্তপাত
- মুখ বা দাঁতের ক্ষতি করে এমন একটি দুর্ঘটনা
- দাঁতের ব্যথা (যেমন দাঁত, মুখ, মাড়ি বা চোয়াল)

আপনার স্থানীয় সরকারী ডেন্টাল ক্লিনিকে কল করুন। নিয়মিত কর্ম সময়ের বাইরে, আপনার সন্তানকে সরকারী হাসপাতালের জরুরি বিভাগে নিয়ে যান।

আপনি কোন স্থানীয় স্বাস্থ্য জেলার অধীনে (LHD) বাস করেন তা জানতে, নীচের QR কোডটি স্ক্যান করুন:



NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম সম্পর্কে অনুসন্ধান

NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম ছাড়াও অন্যান্য বিষয় সম্পর্কে আরও তথ্য যেমন:

- প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী
- চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য
- আমাদের গোপনীয়তার বিবৃতি
- আপনার তথ্য কিভাবে ব্যবহার করা হয়

এ সংক্রান্ত তথ্য পেতে দেখুন www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental বা নীচের QR কোডটি স্ক্যান করুন



আপনার কি একজন দোভাষীর প্রয়োজন?

এই ফর্মগুলো পূরণ করার জন্য আপনার যদি কোনও দোভাষীর প্রয়োজন হয় তবে অনুগ্রহ করে নীচের নম্বরগুলোর একটিতে কল করুন:

স্থানীয় স্বাস্থ্য জেলা	ফোন
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

NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ড্রাম্যোগ ডেন্টাল প্রোগ্রাম



চিকিৎসার সম্মতি ফর্ম

অনুগ্রহ করে সকল পৃষ্ঠা সম্পূর্ণ করুন।

একটি কালো বা নীল কালির কলম ব্যবহার করে ইংরেজি বড় অক্ষরে সম্পূর্ণ করুন। অনুগ্রহ করে সম্পূর্ণ ফর্মটি আপনার সন্তানের স্কুলে ফেরত পাঠান। এই ফর্মটি পূরণ করার বিষয়ে আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে তবে অনুগ্রহ করে আপনার স্থানীয় সরকারী ডেন্টাল সার্ভিসের সাথে যোগাযোগ করুন।

শিক্ষার্থীর বিবরণ

পারিবারিক নাম: (তাদের মেডিকেলার কার্ডে যেভাবে আছে)

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

প্রদত্ত নাম/গুলো:

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

লিঙ্গ:

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

জন্মতারিখ:

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

জন্মস্থান:

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

স্কুলের নাম:

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

স্কুল বছর:

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

বাড়ির ঠিকানা: (যমন 5 Smith Lane)

এলাকা (অথবা সাবার্ব):

পোস্টকোড:

--	--	--	--	--

মেডিকেলার কার্ড নম্বর (১০ সংখ্যার):

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

কার্ডে শিশুর নম্বর:

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

মেডিকেলারের মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ:

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

আপনার সন্তানের জন্য প্রযোজ্য বাক্সগুলোতে টিক দিন:

সন্তানের কোনও মেডিকেলার নম্বর নেই:

বাড়িতে কথিত ভাষা (বা ভাষাগুলো):

<input type="checkbox"/> ইংরেজি	<input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে বলুন)
---------------------------------	--

পছন্দের ভাষা (নির্দিষ্ট করে বলুন):

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

দোভাষী দরকার?

<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
--------------------------------	-----------------------------

আদিবাসী কি না:

আদিবাসী বা টরেস স্টেইট দ্বীপপুঞ্জের কেউ নয়

আদিবাসী

টরেস স্টেইট দ্বীপপুঞ্জের

আদিবাসী এবং টরেস স্টেইট দ্বীপপুঞ্জ উভয়ই

একটি অনুমোদিত আদিবাসী প্রতিনিধি প্রয়োজন:

<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
--------------------------------	-----------------------------

আপনার বিবরণ - পিতামাতা বা আইনী অভিভাবক

পারিবারিক নাম:

প্রদত্ত নাম/শুভা:

সন্তানের সাথে সম্পর্ক:

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

মোবাইল নম্বর:

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

ই-মেইল ঠিকানা:

চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য

আপনার সন্তানের জন্য প্রযোজ্য বাক্সগুলোতে টিক দিন:

আমার সন্তানের এলার্জি আছে (যেমন রাবার জাতীয়, প্রাকৃতিক রেজিন)।

<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	জানি না/নিশ্চিত নই
--------------------------	-------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------

আমার সন্তানের একটা শারীরিক সমস্যা আছে।

<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	জানি না/নিশ্চিত নই
--------------------------	-------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------

আমার সন্তানের নিয়মিত ওষুধ প্রয়োজন।

<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	জানি না/নিশ্চিত নই
--------------------------	-------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------

আমার সন্তান প্রতিবন্ধী।

<input type="checkbox"/>	হ্যাঁ	<input type="checkbox"/>	না	<input type="checkbox"/>	জানি না/নিশ্চিত নই
--------------------------	-------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------

আপনি যদি উপরের কোনওটিতে হ্যাঁ উত্তর দেন তবে অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন।

দাঁতের তথ্য

অতীতে আপনার সন্তানের কি দাঁতের কোনও সমস্যা ছিল (যেমন দাঁতের ক্ষয়)?

হ্যাঁ

না

আপনি যদি উপরে হ্যাঁ উত্তর দেন তবে অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন।

আপনার সন্তান শেষ কখন একজন ডেন্টাল পেশাদারের কাছে গিয়েছিল?

গত ১২ মাসের মধ্যে

গত ১২ মাসের আগে

কখন না

জানি না/নিশ্চিত নই

আপনার সন্তানের শেষ ডেন্টাল ভিজিট কি নিম্নের একটিতে করা হয়েছিল:

স্বাস্থ্য তহবিল ডেন্টাল ক্লিনিক সহ প্রাইভেট ডেন্টাল ক্লিনিকে

সরকারী ডেন্টাল ক্লিনিক/ডেন্টাল হাসপাতালে

অন্য কোন জায়গা

জানি না/নিশ্চিত নই

NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রামে

আপনার সন্তানের শেষ ডেন্টাল সেবা প্রদানকারীর নাম এবং যোগাযোগের বিশদ সরবরাহ করুন

আপনার সন্তানের কি গত ৬ মাসের মধ্যে ফ্লোরাইড প্রয়োগ করা হয়েছে?

হ্যাঁ না জানি না/নিশ্চিত নই

আপনার সন্তানের কি গত ৬ মাসের মধ্যে দাঁতের এক্স-রে করা হয়েছে?

হ্যাঁ না জানি না/নিশ্চিত নই

চিকিৎসার সম্মতি

- আমি NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ডায়ামাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম সম্পর্কে প্রদত্ত তথ্য পড়েছি ও বুঝতে পেরেছি।
- আমি বুঝতে পারছি যে আমি যে কোনও সময় সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। এটি করতে, ওয়েবসাইটে প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী দেখুন: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- এই তথ্য প্যাকেজে অন্তর্ভুক্ত সরকারী ডেন্টাল পরিষেবার যোগাযোগ নম্বরগুলোতে কল করে বা ওয়েবসাইট পরিদর্শন করার মাধ্যমে আমি যে তথ্য পেয়েছি তার সম্পর্কে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার এবং ব্যাখ্যা চাওয়ার সুযোগ পেয়েছি: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- আমি বুঝতে পারছি যে স্থানীয় স্বাস্থ্য জেলা প্রতিনিধি এই ফর্মটিতে প্রদত্ত কোনও তথ্য স্পষ্ট করতে এবং/অথবা আমার সন্তানের মৌখিক স্বাস্থ্য নিয়ে আলোচনা করতে আমার সাথে যোগাযোগ করতে পারে।
- আমি NSW স্বাস্থ্যের ওয়েবসাইটে গোপনীয়তা বিবৃতি দেখার সুযোগ পেয়েছি: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx এই বিবৃতির বর্ণনা অনুসারে আমি বুঝতে পারছি যে আমার এবং/অথবা আমার সন্তানের ব্যক্তিগত তথ্য (যার মধ্যে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যও থাকতে পারে) নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে প্রকাশ করা হতে পারে।
- আমার জানামতে, দাঁতের চিকিৎসাকে প্রভাবিত করতে পারে এমন কোনও মেডিকেল সমস্যা সহ আমি আমার সন্তানের সম্পর্কে সঠিক তথ্য প্রদান করেছি।

অনুগ্রহ করে নীচের ফর্মটি পূরণ করুন ও আপনি আপনার সন্তানের জন্য পেতে চান এমন প্রতিটি চিকিৎসার পাশের বাক্সে স্বাক্ষর করুন। আপনি ডেন্টাল চেক-আপ ফর্মে স্বাক্ষর না করলে কোনো অ্যাপয়েন্টমেন্ট নেওয়া যাবে না।

আমি (পুরো নাম)

আজ (আজকের তারিখে),

/ / 20

আমার সন্তানের জন্য সম্মতি সরবরাহ করতে নীচে স্বাক্ষর করলাম

(পুরো নাম)

(জন্ম তারিখ),

/ /

ক্লিনিক্যালি প্রয়োজন হিসাবে নিম্নলিখিতগুলো পেতে:

চিকিৎসা	বর্ণনা	পিতামাতা/আইনী অভিভাবকের স্বাক্ষর
দাঁতের চেক-আপ	বিস্তারিত পরীক্ষা যার মধ্যে রয়েছে ঝুঁকির কারণগুলো মূল্যায়ন, বৃদ্ধি মূল্যায়ন এবং মৌখিক স্বাস্থ্য শিক্ষা। দাঁতের চেক-আপের সম্মতিপত্র ছাড়া অন্য কোনও চিকিৎসা দেওয়া হবে না।	X
দাঁতের এক্স-রে (যদি প্রয়োজন হয়)	গড়ে দুটি ছোট দাঁতের এক্স-রে	X
ক্লিনিকাল ইমেইজ (যদি প্রয়োজন হয়)	মুখের ভিতরে দাঁত, মাড়ি, জিহ্বা, গাল এবং/অথবা ঠোঁটের ক্লিনিকাল ফটোগ্রাফ নেয়া হয়।	X
দাঁত পরিষ্কার (যদি প্রয়োজন হয়)	প্লাক এবং/অথবা ক্যালকুলাস অপসারণের জন্য দাঁত পরিষ্কার করা হয়।	X
ফিশার সিলেন্টস (যদি প্রয়োজন হয়)	দাঁতের ক্ষয় রোধে সহায়তা করার জন্য স্থায়ী মৌল্য দাঁতগুলোর খাঁজগুলো বন্ধ করা হয়।	X
ফ্লোরাইড বার্নিশ অ্যাপ্লিকেশন (যদি প্রয়োজন হয়)	দাঁতের ক্ষয় রোধে সহায়তার জন্য দাঁতে একটি স্টিকি ফ্লোরাইড পেস্ট প্রয়োগ করা হয়।	X

আপনি কি আপনার সন্তানের অ্যাপয়েন্টমেন্টে যোগ দিতে চান? হ্যাঁ না

ঝুঁকির কারণ নিয়ে তথ্য প্রশ্নাবলী

আপনার সন্তানের দাঁত মূল্যায়ন প্রক্রিয়ায় আমাদের সহায়তা করতে, অনুগ্রহ করে সবচেয়ে উপযুক্ত বাক্সে টিক দিন এবং যেখানে প্রয়োজন সেখানে পরিমাণগুলো উল্লেখ করুন:

১. আপনার সন্তান সাধারণত কতবার চিনির মিষ্টিযুক্ত পানীয় যেমন কোমল পানীয়, কর্ডিয়ালস, স্পোর্টস ড্রিঙ্কস, এনার্জি ড্রিঙ্কস বা আইসড টি পান করে?

(১ কাপ = ২৫০ মিলি। ১ ক্যান কোমল পানীয় = ১.৫ কাপ।
একটি ৫০০ মিলি বোতলের স্পোর্টস ড্রিঙ্ক = ২ কাপ)

প্রতিদিন
প্রতিদিন কাপের আনুমানিক সংখ্যা:

সপ্তাহে কয়েকবার
এক সপ্তাহে কাপের আনুমানিক সংখ্যা:

কদাচিৎ বা কখনই নয়

জানি না/নিশ্চিত নই

২. আপনার সন্তান সাধারণত কতবার পানি পান করে?

(১ কাপ = ২৫০ মিলি বা একটি সাধারণ চায়ের কাপ। একটি ৬০০ মিলি পানির বোতল = ২.৪ কাপ)

প্রতিদিন
প্রতিদিন কাপের আনুমানিক সংখ্যা:

সপ্তাহে কয়েকবার
এক সপ্তাহে কাপের আনুমানিক সংখ্যা:

কদাচিৎ বা কখনই নয়

জানি না/নিশ্চিত নই

৩. আপনার সন্তান সাধারণত কতবার মিষ্টি বিস্কুট, কেক, পেস্টি বা স্ন্যাক বার খায়?

(স্ন্যাক বারগুলোর মধ্যে রয়েছে মুসলি বার, প্রাতঃরাশের বার এবং প্রোটিন/এনার্জি বার এবং বল অন্তর্ভুক্ত রয়েছে)

প্রতিদিন
প্রতিদিন আনুমানিক সংখ্যা:

সপ্তাহে কয়েকবার
এক সপ্তাহে আনুমানিক সংখ্যা:

কদাচিৎ বা কখনই নয়

জানি না/নিশ্চিত নই

৪. আপনার সন্তান কতবার টুথপেস্ট দিয়ে দাঁত ব্রাশ করে?

কদাচিৎ বা কখনই নয়

দিনে একবারের চেয়ে কম

দিনে একবার

দিনে দু'বার

দিনে দু'বারের বেশি

জানি না/নিশ্চিত নই

৫. আপনার সন্তান কোন ধরণের টুথপেস্ট ব্যবহার করে?

স্ট্যান্ডার্ড ফ্লোরাইড টুথপেস্ট

শিশুদের ফ্লোরাইড টুথপেস্ট

নন-ফ্লোরাইড টুথপেস্ট

জানি না/নিশ্চিত নই

৬. আপনি কীভাবে আপনার সন্তানের দাঁত এবং মুখের মূল্যায়ন করবেন?

খারপ

মোটামুটি

ভালো

খুব ভালো

চমৎকার

NSW স্বাস্থ্যের প্রাথমিক স্কুল ভ্রাম্যমাণ ডেন্টাল প্রোগ্রাম

চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল তথ্য পাতা

NSW-এ শিশুদের দাঁতের যত্ন

সকল শিশু NSW-এ বিনামূল্যে সরকারী দন্ত পরিষেবা পেতে পারে।

কিছু শিশু অস্ট্রেলিয়ান সরকারের চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল (CDBS), এর জন্যও যোগ্য হতে পারে; উভয় ক্ষেত্রেই, তারা বিনা খরচে একই উচ্চ মানের সেবা পাবে।

CDBS কী?

CDBS অস্ট্রেলিয়ান সরকার দ্বারা পরিচালিত হয় এবং যোগ্য শিশুরা ২ ক্যালেন্ডার বছরে ১,০৯৫ ডলার মূল্যের দন্ত পরিষেবাগুলো পাবে।

শিশুরা যোগ্য হবে যদি তারা হয়:

- ক্যালেন্ডার বছরের যে কোনও দিনে তাদের বয়স ০ থেকে ১৭ বছর হয় এবং
- মেডিকেশনের জন্য যোগ্য এবং
- Family Tax Benefit Part A পায় এমন একটি পরিবারের অংশ, অথবা শিশুটি Department of Human Services-এর মাধ্যমে প্রাপ্ত তালিকা থেকে অস্ট্রেলিয়ান সরকারের অর্থ পায় <https://www.servicessaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

আপনার সন্তানকে CDBS-এর জন্য নিবন্ধন করার দরকার নেই।

আমার সন্তান কীভাবে CDBS ব্যবহার করতে পারে?

আপনার সন্তান তাদের CDBS ব্যবহার করতে পারে:

- এই স্কুল ভিত্তিক প্রোগ্রামে।
- একটি NSW সরকারী ডেন্টাল ক্লিনিকে বা,
- একটি প্রাইভেট ডেন্টাল ক্লিনিকে।

আর্থিক সম্মতি

আপনার কোন খরচ হবে না। এমনকি যদি আপনি আর্থিক সম্মতি ফর্মটিতে স্বাক্ষর না করেন তারপরেও আপনার সন্তান NSW স্বাস্থ্য থেকে বিনামূল্যে দাঁতের চিকিৎসা পাবে।

নীল রঙের চিকিৎসা সম্মতি ফর্ম এবং আর্থিক সম্মতি ফর্ম দুটি ভিন্ন ফর্ম।

যদি ১,০৯৫ ডলার সীমায় পৌঁছে যায় বা আপনার সন্তানের অতিরিক্ত চিকিৎসার প্রয়োজন হয় যার খরচ কাভার করে না, তাহলে আপনার থেকে কোনো খরচ নেওয়া হবে না।

আপনার সন্তানের দাঁতের সেবার মূল্য সম্পর্কে আপনার যা জানা দরকার

আপনি যদি আর্থিক সম্মতি দেন তবে আমরা কমনওয়েলথ সরকারের কাছ থেকে এর অর্থ দাবি করতে পারি। ইতিমধ্যে উল্লিখিত কোনও চিকিৎসার জন্য এই পরিমাণটি ৬২২.১০ ডলারের বেশি হবে না। আপনি কোনও চিকিৎসার জন্য অর্থ প্রদান করবেন না।

প্রথম অ্যাপয়েন্টমেন্ট

আপনার সন্তানের প্রথম অ্যাপয়েন্টমেন্টের জন্য CDBS-এর অধীনে দাবি করা যেতে পারে এমন চিকিৎসার প্রত্যাশিত সর্বাধিক মূল্য নীচের সারণীতে বর্ণিত হয়েছে:

চিকিৎসার বিবরণ	চিকিৎসা আইটেম কোড	CDBS খরচ
দাঁতের চেক-আপ	88011	\$57.65
দুটি ছোট দাঁতের এক্স-রে	88022 x 2	\$33.35 x 2
প্লাক অপসারণের জন্য দাঁত পরিষ্কার করা	88111*	\$58.90
ক্যালকুলাস দূর করতে দাঁত পরিষ্কার করা	88114*	\$98.20
ফ্লোরাইড বার্নিশ প্রয়োগ	88121	\$37.85
৮টি স্থায়ী মোলার দাঁতের খাঁজগুলোর ফিশার সিল করা	88161 x 4 88162 x 4	\$50.45 x 4 \$25.25 x 4
মোট খরচ		\$622.10

*অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে একটি অ্যাপয়েন্টমেন্টের সময়, এই দুটি আইটেমের মধ্যে শুধুমাত্র একটি দাবি করা যেতে পারে।

অ্যাপয়েন্টমেন্ট পর্যালোচনা (যদি প্রয়োজন হয়)

আপনার সন্তানের পর্যালোচনা অ্যাপয়েন্টমেন্টের জন্য CDBS-এর অধীনে দাবি করা যেতে পারে এমন চিকিৎসার প্রত্যাশিত সর্বাধিক খরচ নীচের সারণীতে বর্ণিত হয়েছে:

চিকিৎসার বিবরণ	চিকিৎসা আইটেম কোড	CDBS খরচ
দাঁতের চেক-আপ	88013	\$30.10
ফ্লোরাইড বার্নিশ প্রয়োগ	88121	\$37.85
মোট খরচ		\$67.95

যদি আরও চিকিৎসার প্রয়োজন হয় তবে এটি এবং প্রয়োজনীয় কোনও চিকিৎসার CDBS খরচ নিয়ে আলোচনা করার জন্য আপনার সাথে সরকারী ডেন্টাল পরিষেবা যোগাযোগ করবে।

NSW-এ বসবাসকারী সকল শিশু বিনামূল্যে সরকারী ডেন্টাল পরিষেবা পেতে পারে।

আরও তথ্যের জন্য:

www.health.nsw.gov.au/cdbs দেখুন বা অস্ট্রেলিয়ান সরকারের Department of Human Services ওয়েবসাইটটি দেখুন www.servicessaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule

আপনি my.gov.au এ আপনার মেডিকেশার অনলাইন অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে বা 132 011 নম্বরে কল করে আপনার সন্তানের যোগ্যতা এবং CDBS ব্যালেন্স চেক করতে পারেন।



Health

FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

 MALE FEMALE

D.O.B. ____ / ____ / ____

M.O.

ADDRESS

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

Facility:

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE BULK BILLING PATIENT CONSENT

চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল বাল্ক বিলিং রোগীর সম্মতি

আমি, রোগী/আইনী অভিভাবক, প্রত্যয়ন করছি যে আমাকে অবহিত করা হয়েছে:

- চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউলের অধীনে এই তারিখ থেকে চিকিৎসা করা হয়েছে বা হবে;
- এই চিকিৎসার সম্ভাব্য খরচ; এবং
- বেনিফিট ক্যাপের মধ্যে পর্যাপ্ত তহবিল থাকলে চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউলের অধীনে পরিষেবাগুলোর জন্য আমাকে বাল্ক বিল দেওয়া হবে এবং এই পরিষেবাগুলোর জন্য আমাকে পকেট থেকে অর্থ প্রদান করতে হবে না।

আমি বুঝতে পারছি যে আমি/রোগী কেবল বেনিফিট ক্যাপ পর্যন্ত ডেন্টাল বেনিফিট পাবো।

আমি বুঝতে পারছি যে কিছু পরিষেবার সুবিধার বিধিনিষেধ থাকতে পারে ও চাইল্ড ডেন্টাল বেনিফিট শিডিউল সীমিত পরিসরের পরিষেবাগুলো দিবে।

আমি বুঝতে পারছি যে পরিষেবাগুলোর খরচের কারণে বেনিফিট ক্যাপ কম পাওয়া যাবে।

রোগীর মেডিকেশ্যার নম্বর

Patient's Medicare number

রোগী/আইনী অভিভাবকের স্বাক্ষর

Patient / legal guardian signature

রোগীর পুরো নাম

Patient's full name

স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির পুরো নাম (যদি রোগী না হয়)

Full name of person signing (if not patient)

তারিখ

Date

আপনি আপনার সম্মতি প্রত্যাহার না করলে, এই ফর্মটি প্রথম পূর্ণ ক্যালেন্ডার বছরের (জানুয়ারী-ডিসেম্বর) জন্য বৈধ, যেখানে আপনার সন্তান তাদের প্রথম যোগ্য ডেন্টাল পরিষেবা পাবে।

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015