



# NSW 보건부 초등학교 이동식 치과 프로그램

NSW 보건부는 귀하의 자녀에게 학교 기반 무료 치과 검진을 제공하게 되어 기쁩니다.

이 안내집에는 NSW 보건부의 초등학교 이동식 치과 프로그램 및 아래 양식이 포함되어 있습니다.

- 치료 동의서
- 재정 동의서

## 비용이 듭니까?

아니요, 이것은 NSW 정부에서 제공하는 무료 서비스입니다.

귀하의 자녀는 또한 Medicare와 같은 호주 정부의 아동 치과 혜택 (CDBS) 을 받을 자격이 될 수도 있습니다. 이 경우, 귀하가 CDBS 동의서에 서명하면 저희가 귀하를 대신해서 이 치과 진료에 대해 호주 정부에 청구할 수 있습니다. 자녀가 자격이 되지 않는 경우 NSW 보건부에서 무료로 진료를 제공합니다.

귀하가 CDBS 재정 동의서에 서명하면 저희가 NSW에서의 치과 진료를 제공하는 데 도움이 되지만, 서명은 자발적인 것입니다.

## 치료 정보

### 무엇이 포함되어 있습니까?

귀하가 동의하면 귀하의 자녀는 다음을 받을 수도 있습니다.

치료	설명
치과 검진	위험 요인 평가, 구강 건강 교육, 성장 평가 (키, 체중 측정 및 체질량 지수(BMI) 계산)을 포함한 종합 검사. NSW 보건부 공립 치과 진료소에서는 모든 아동이, 좋은 임상 치료의 일환으로, 치과 검진 중에 성장 평가를 받게 하는 것이 표준 관행입니다.
치과 엑스레이 (필요한 경우)	치아 내부와 잇몸 아래를 보고 영구 치아가 자라고 있는지 확인하기 위해 2개의 작은 치과 엑스레이 (필요한 경우).
임상 이미지 (필요한 경우)	입 안의 치아, 잇몸, 혀, 볼 및 입술의 임상 이미지 (필요한 경우).
치아 청소 (필요한 경우)	플라그 및/또는 치석을 제거하기 위해 치아를 청소.
균열 봉합제 (필요한 경우)	영구 어금니의 흠을 밀봉하여 충치를 예방.
불소 바니쉬 도포 (필요한 경우)	충치 예방에 도움이 되는 끈적끈적한 불소 페이스트를 치아에 도포.

자녀가 받을 수도 있는 치료에 대한 더 자세한 정보를 위해 해당 웹사이트 방문을 권장합니다. 또는 뒷장의 연락처에 있는 지역 보건 지구에 문의하십시오.

## 하셔야 할 일:

1. 이 안내집의 모든 정보 읽기
2. 동의서를 영문으로 작성
3. 치료 동의서에 서명
4. 위험 요소 정보 설문지 작성 (자녀에게 개별화된 검진을 제공하는 데 도움이 됨)
5. 아동 치과 혜택 안내 자료 읽기
6. 아동 치과 혜택 벌크 빌링 환자 동의서에 서명 (선택 사항)
7. 동의서를 가능한 한 빨리 자녀의 학교로 발송.

## 자녀가 이미 정기적인 치과 검진을 받고 있다면 어떻게 하나요?

자녀가 정기적인 개인 치과 검진을 받고 있다면 계속해서 그 치과 검진을 받는 것이 좋습니다. NSW에서는 모든 어린이가 공립 치과 진료소에서 무료 치과 진료를 받을 수 있습니다. 공립 치과 진료소는 일반 및 응급 치과 서비스를 모두 제공합니다.

## 우리 아이가 지금 긴급한 치과 문제가 있다면 어떻게 하나요?

자녀에게 긴급 치과 치료가 필요할 수도 있다는 징후는 다음과 같습니다.

- 얼굴의 붓기
- 입안의 붓기
- 입안의 지속적인 출혈
- 입이나 치아가 손상되는 사고
- 치통 (예: 치아, 입, 잇몸 또는 턱)

지역 공립 치과 진료소에 전화하세요. 업무 시간 외에는 자녀를 공립 병원 응급실로 데려가세요.

귀하가 살고있는 지역 보건 지구 (LHD)를 찾으려면 아래의 QR 코드를 스캔하세요.



## NSW 보건부 초등학교 이동식 치과 프로그램에 대한 문의

다음에 포함된 NSW 보건부 초등학교 이동식 치과 프로그램에 대한 더 자세한 정보를 원하시면:

- 자주 묻는 질문
- 치료 정보
- 본 기관의 개인 정보 보호 정책
- 귀하의 정보가 사용되는 방식

[www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental)을 방문하거나 아래의 QR 코드를 스캔하세요.



## 통역이 필요하십니까?

이 양식을 작성하기 위해 통역사가 필요하시면 아래 번호 중 하나로 전화하십시오.

지역 보건 지구	전화
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





## 치료 동의

- 나는 NSW 보건부 초등학교 이동식 치과 프로그램에 대해 제공된 정보를 읽고 이해했습니다.
- 나는 언제든지 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 동의 철회 방식은 웹사이트에서 FAQ를 참조: [www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental)
- 나는 질문을 하며 제공된 정보에 대한 설명을 요청할 기회가 있었으며 그 방법은 이 정보 패키지에 포함된 공공 치과 서비스 연락처로 전화하거나 웹사이트 [www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental](http://www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental) 을 방문하는 것이었습니다.
- 나는 지역 보건 지구 대리인이 이 양식에 제공된 정보를 명확히 하고/하거나 내 자녀의 구강 건강에 대해 논의하기 위해 나에게 연락할 수도 있음을 이해합니다.
- 나는 아래의 NSW 보건부 웹사이트에서 개인정보 보호 정책을 참조할 기회가 있었습니다. [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). 나는 본인의 그리고/또는 자녀의 개인 정보 (건강 정보 포함) 가 해당 정책에 명시된 특정 상황에서 공개될 수도 있음을 이해합니다.
- 내가 아는 한도 내에서, 나는 치과 치료에 영향을 미칠 수도 있는 모든 질병을 포함하여 내 자녀에 대한 정확한 정보를 제공했음을 선언합니다.

다음은 작성하시고 자녀가 받았으면 하는 각 치료 옆에 있는 공란에 서명하십시오. 치과 검진란에 서명하지 않으면 예약 검진이 진행되지 않습니다.

나는 (성명)

(오늘 날짜)에,  /  / 20  내 자녀에 대한 동의를 제공하기 위해 아래에 서명하며

(이름)

(출생일),  /  /  임상적으로 필요한 아래 항목을 받기 원합니다.

치료	설명	부모/법적 후견인 서명
치과 검진	위험 요소 평가, 성장 평가, 구강 건강 교육을 포함한 종합적인 검사. 치과 검진에 동의하지 않으면 어떤 치료도 제공될 수 없습니다.	X
치과 엑스레이 (필요한 경우)	평균적으로 두 개의 작은 치과 엑스레이.	X
임상 이미지 (필요한 경우)	입 안의 치아, 잇몸, 혀, 볼 및 입술의 임상 이미지 (필요한 경우).	X
치과 청소 (필요한 경우)	플라그 및/또는 치석을 제거하기 위해 치아 청소.	X
균열 봉합제 (필요한 경우)	충치 예방을 위해 영구 어금니의 홈 밀봉.	X
불소 바니쉬 도포 (필요한 경우)	충치 위험을 줄이기 위해 끈적끈적한 불소 페이스트를 치아에 도포.	X

귀하는 자녀의 예약 검진에 참석하기 원하십니까?  예  아니요

## 위험 요소 정보 설문지

자녀의 치아를 평가하는 데 도움이 되도록 가장 적절한 공간에 체크 표시를 하고 필요한 경우 수량을 지정하십시오.

### 1. 귀하의 자녀는 청량 음료, 코디얼, 스포츠 음료, 에너지 음료 또는 아이스티와 같은 설탕 첨가 음료를 보통 얼마나 자주 마십니까?

(1컵 = 250ml. 청량음료 1캔 = 1.5컵. 스포츠 음료 500ml 1병 = 2컵)

매일  
하루에 대략적인 컵 수:

일주일에 몇 번  
일주일에 대략적인 컵 수:

드물게 또는 전혀 없음

모르겠음/확실치 않음

### 2. 귀하의 자녀는 보통 얼마나 자주 물을 마십니까? (1컵 = 250ml 또는 가정용 찻잔. 600ml 물병 = 2.4컵)

매일  
하루에 대략적인 컵 수:

일주일에 몇 번  
일주일에 대략적인 컵 수:

드물게 또는 전혀 없음

모르겠음/확실치 않음

### 3. 귀하의 자녀는 보통 달콤한 비스킷, 케이크, 패스트리 또는 스낵바를 얼마나 자주 먹습니까? (스낵 바에는 뮤즐리 바, 브렉퍼스트 바, 단백질/에너지 바 및 볼이 포함됨)

매일  
하루 당 대략적인 수:

일주일에 몇 번  
주 당 대략적인 수:

드물게 또는 전혀 없음

모르겠음/확실치 않음

### 4. 귀하의 자녀는 얼마나 자주 치약으로 이를 닦습니까?

드물게 또는 전혀 없음

하루에 한 번 미만

하루에 한 번

하루에 두 번

하루에 세 번 이상

모르겠음/확실치 않음

### 5. 귀하의 자녀는 어떤 종류의 치약을 사용합니까?

표준 불소 치약

어린이용 불소 치약

비불소 치약

모르겠음/확실치 않음

### 6. 귀하의 자녀의 치아와 구강 상태를 어떻게 평가합니까?

불

보통

양호

매우 양호

탁월

## 아동 치과 혜택 안내 자료

### NSW의 어린이를 위한 치과 진료

모든 어린이는 NSW에서 무료 공립 치과 서비스를 받을 수 있습니다.

일부 아동은 호주 정부의 아동 치과 혜택 (CDBS)을 받을 자격이 있을 수도 있습니다. 어느 경우이든, 어린이는 무료로 동일한 고수준의 치료를 받을 것입니다.

### CDBS란?

CDBS는 호주 정부에서 관할하며 적격 아동에게 2년 동안 최대 \$1,026 상당의 치과 서비스를 제공합니다.

해당 자격:

- 해당 연도의 어느 날에 0세에서 17세 사이이며
- Medicare 대상자이며
- Family Tax Benefit Part A를 받는 가족의 구성원이거나 또는 아이가 아래 사이트에서 Department of Human Services를 통해 제공되는 목록에서 호주 정부 수당을 받는 경우. <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

CDBS에 자녀를 등록할 필요가 없습니다.

### 우리 아이는 어떻게 CDBS를 사용할 수 있나요?

자녀는 다음에서 CDBS를 사용할 수 있습니다.

- 해당 학교 기반 프로그램,
- NSW 공립 치과 진료소 또는,
- 개인 치과 의원.

### 재정 동의

**비용은 들지 않습니다.** 재정 동의서에 서명하지 않더라도 자녀는 NSW 보건부에서 계속 무료 치과 치료를 받을 것입니다. 재정 동의서는 블루 진료 동의서와는 별도의 양식입니다.

\$1,026 한도에 도달했거나 자녀가 혜택 적용이 되지 않는 추가 치료가 필요한 경우에도 귀하에게는 어떤 요금도 청구되지 않을 것입니다.

### 자녀의 치과 치료 수가에 대해 아셔야 할 사항.

재정 동의서를 제출하시면 저희가 연방 정부에 청구할 수 있습니다. 이 금액은 이미 언급된 치료에 대해 \$582.85를 넘지 않습니다. 귀하는 치료 비용을 지불하지 않을 것입니다.

### 첫 예약

CDBS 하에 자녀의 첫 예약에 대해 청구할 수도 있는 치료의 예상 최대 수가는 아래 표에 요약되어 있습니다.

치료 설명	치료 항목 코드	CDBS 수가
치과 검진	88011	\$54.05
두 개의 작은 치과 엑스레이	88022 x 2	\$31.25 x 2
플라그를 제거하는 치아 청소	88111*	\$55.20
치석을 제거하기 위한 치아 청소	88114*	\$92.05
불소 바니쉬 도포	88121	\$35.45
최대 8개의 영구 어금니의 홈 메우기	88161 x 4 88162 x 4	\$47.25 x 4 \$23.65 x 4
<b>총 비용</b>		<b>\$582.85</b>

\*이 두 가지 항목 중 하나만 예약 한 번에 청구할 수 있습니다.

### 재검진 예약 (필요한 경우)

CDBS 하에 자녀의 재검진 예약에 대해 청구할 수도 있는 치료의 예상 최대 수가는 아래 표에 요약되어 있습니다.

치료 설명	치료 항목 코드	CDBS 수가
치과 검진	88013	\$28.20
불소 바니쉬 도포	88121	\$35.45
<b>총 비용</b>		<b>\$63.65</b>

추가 치료가 필요한 경우 공립 치과 서비스가 귀하에게 연락하여 이에 대해서 그리고 필요한 치료의 CDBS 수가에 대해 논의할 것입니다.

NSW에 거주하는 모든 어린이는 무료 공립 치과 서비스를 받을 수 있습니다.

### 더 자세한 정보:

[www.health.nsw.gov.au/cdbcs](http://www.health.nsw.gov.au/cdbcs) 를 방문하거나 호주 정부의 Department of Human Services 웹사이트인 [www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule](http://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule) 를 방문하세요.

[my.gov.au](http://my.gov.au)에서 Medicare 온라인 계정을 통해 또는 132 011 로 전화하여 자녀의 자격 여부 및 CDBS 잔액을 확인할 수 있습니다.



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> 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

#### 아동 치과 혜택 벌크 빌링 (정부 부담) 환자 동의서

나는 (환자/법적 후견인은) 다음과 같은 정보를 받았음을 확인합니다.

- 아동 치과 혜택에 따라 이 날짜부터 제공되었거나 제공될 치료;
- 이 치료의 예상 비용; 그리고
- 아동 치과 혜택 한도 하에 충분한 자금이 가능하다는 조건으로 해당 혜택에 따른 서비스에 대해 벌크 빌링되며 이러한 서비스에 대해 본인 부담 비용을 지불하지 않을 것임.

나는 내가/환자가 최대 혜택 한도까지만 치과 혜택을 받을 수 있음을 이해합니다.

나는 일부 서비스에 대한 혜택에 제한이 있을 수도 있으며 아동 치과 혜택이 제한된 범위의 서비스에 적용된다는 것을 이해합니다.

나는 서비스 비용이 사용 가능한 혜택 한도를 줄일 것임을 이해합니다.

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □

환자의 메디케어 번호

Patient's Medicare number

환자/법적 후견인 서명

Patient / legal guardian signature

환자의 성명

Patient's full name

서명하는 사람의 성명 (환자가 아닌 경우)

Full name of person signing (if not the patient)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

날짜

Date

이 양식은 귀하가 동의를 철회하지 않는 한, 귀하의 자녀가 처음으로 적절한 치과 서비스를 받는 첫 해 (1월-12월) 동안 유효합니다.



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019

BINDING MARGIN - NO WRITING

100821