NSW Health

NSW ਸਿਹਤ ਪਰ੍ਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਮੋਬਾਇਲ ਡੈਂਟਲ ਪਰੋ੍ਗਰਾਮ

NSW ਸਿਹਤ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਸਕੂਲ -ਅਧਾਰਿਤ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਚੈਕ ਅੱਪ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੋਇਆ ਖੁਸ਼ੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਪੈਕ ਵਿੱਚ NSW ਸਿਹਤ ਪਰ੍ਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਮੋਬਾਇਲ ਡੈਂਟਲ ਪਰੋ੍ਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਅਤੇ

- ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ
- ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਕੋਈ ਖਰਚਾ ਵੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਨਹੀ ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ ਜੋ NSW ਦੀ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਆਸਟਰੇ੍ਲੀਆਈ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਚਾਇਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਜ਼ ਸ਼ੈਡਿਊਲ (CDBS) ਲਈ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਵਰਗਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ CDBS ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਆਸਟਰੇਲੀਅਨ ਸਰਕਾਰ ਸਾਨੂੰ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇਸ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜਤ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ NSW ਹੈਲਥ ਮੁਫਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰੇਗੀ।

ਅਸੀ ਤੁਹਾਨੂੰ CDBS ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ NSW ਵਿੱਚ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ, ਪਰ ਇਹ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਸੀ ਸਹਿਮਤੀ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹ ਪਰ੍ਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ:

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:

1. ਇਸ ਪੈਕ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਹੋਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ **ਪੜ੍ਹੋ**
2. ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ **ਪੂਰਾ ਕਰੋ**
3. ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਇਜਾਜਤ ਫਾਰਮ 'ਤੇ **ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ**
4. ਜੋਖਮ ਕਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚਲੀ ਪਰ੍ਸ਼ਨਾਵਲੀ ਨੂੰ **ਪੂਰਾ ਕਰੋ** (ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦਾ ਹੈ)
5. ਚਾਇਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿੱਟਜ਼ ਸ਼ੈਡਿਊਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ **ਪੜ੍ਹੋ**
6. ਚਾਇਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿੱਟਜ਼ ਸ਼ੈਡਿਊਲ ਬਲਕ ਬਿਲਿੰਗ ਪੇਸ਼ੰਟ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ **ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ** (ਵਿਕਲਪਿਕ)
7. ਜਿੰਨੀ ਵੀ ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ **ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ**

ਇਲਾਜ	ਵਰਣਨ
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ	ਵਿਆਪਕ ਪਰੀਖਿਆ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋਖਮ ਕਾਰਕ ਮੁਲਾਂਕਣ, ਮੌਖਿਕ ਸਿਹਤ ਸਿਖਿਆ, ਇੱਕ ਵਿਕਾਸ ਮੁਲਾਂਕਣ (ਉਚਾਈ ਅਤੇ ਭਾਰ ਦਾ ਮਾਪ ਅਤੇ ਬਾਡੀ ਮਾਸ ਇੰਡੈਕਸ (BMI) ਦੀ ਗਿਣਤੀ)। NSW ਹੈਲਥ ਜਨਤਕ ਡੈਂਟਲ ਕਲਿਨਿਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਚੰਗੀ ਕਲਿਨਿਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਵਿਕਾਸ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਵਾਉਣਾ ਮਿਆਰੀ ਅਭਿਆਸ ਹੈ।
ਦੰਦਾ ਦੀ ਐਕਸ=ਰੇ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	2 ਛੋਟੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਐਕਸ-ਰੇ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ) ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਮਸੂੜਿਆਂ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਬਾਲਗ ਦੰਦ ਠੀਕ ਤਰਹ੍ਾਂ ਵੱਧ ਰਹੇ ਹਨ।
ਕਲਿਨੀਕਲ ਚਿਤਰ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਮੂੰਹ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀਆਂ ਕਲਿਨੀਕਲ ਤਸਵੀਰਾਂ (ਜੇ ਲੋੜ ਪਵੇ) ਦੰਦਾਂ, ਬੁੱਟਾਂ, ਜਬਾਨ, ਗਲਾਂ ਅਤੇ ਬੁਲਾਂ ਦੀਆਂ
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਦੰਦਾਂ ਉਪਰ ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਪਲਾਕ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕੈਲਕੁਲੱਸ ਹਟਾਉਣ ਲਈ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ।
ਫਿਸ਼ਰ ਵਿੱਚਲੀਆਂ ਵਿੱਥਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨਾ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਪੱਕੀਆਂ ਦਾਹੜਾਂ (ਮੋਲਰਜ਼) ਵਿੱਚਲੀਆਂ ਵਿੱਥਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਤਾਂ ਜੋ ਦੰਦ ਖਰਾਬ ਨਾ ਹੋਣ।
ਫਲੂਰਾਈਡ (ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦਵਾਈ) ਨਾਲ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਕਰਨੀ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਤੋ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਚਿਪਚਿਪੀ ਫਲੂਰਾਈਡ ਪੇਸਟ ਲਗਾਉਣੀ।

ਇਹ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਪੜਹ੍ਨ ਲਈ ਪਿਛਵਾੜੇ ਜਾਓ। ਜਾਂ ਫਿਰ ਵੇਰਵਿਆਂ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਜਿਲਹ੍ੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਰਹੀ ਹੈ ਤੱਦ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਪਰ੍ਾਈਵੇਟ ਦੇਖਭਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲੋਂ ਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। NSW ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਕਲਿਨਿਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਬੱਚੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਮੁਫਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰ੍ਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਕਲਿਨਿਕਾਂ ਦੋਵੇਂ ਆਮ ਅਤੇ ਸੰਕਟ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਹੁਣ ਤੁਰੰਤ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋਵੇ?

ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਮੂੰਹ ‘ਤੇ ਸੋਜਸ਼
- ਮੂੰਹ ਦੇ ਅੰਦਰਵਾਰ ਸੋਜ਼
- ਮੂੰਹ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਖੂੰਨ ਵੱਗਣਾ
- ਇੱਕ ਦੁਰਘਟਨਾਂ ਜਿੱਸ ਵਿੱਚ ਮੂੰਹ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਿਆ ਹੋਵੇ
- ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਦਰਦ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ ਦੰਦਾਂ, ਮੂੰਹ, ਮਸੂੜਿਆਂ ਜਾਂ ਜਬਾੜੇ ਵਿੱਚ)

ਆਪਣੀ ਸਥਾਨਕ ਜਨਤਕ ਕਲਿਨਿਕ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਹਰ, ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸੰਕਟ ਸਮੇਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਐਮਰਜੰਸੀ ਵਿੱਚ ਲੈ ਜਾਓ।

ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀ ਕਿਹੜੇ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਜਿਲਹ੍ (LHD) ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਇਥੇ ਜਾਓ, ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ QR code ਨੂੰ ਸਕੈਨ ਕਰੋ:

NSW ਦੇ ਹੈਲਥ ਪਰ੍ਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਮੋਬਾਇਲ ਡੈਂਟਲ ਪਰ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ

NSW ਦੇ ਹੈਲਥ ਪਰ੍ਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਮੋਬਾਇਲ ਡੈਂਟਲ ਪਰ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਬੰਧੀ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:

- ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ
- ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
- ਸਾਡਾ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਬਿਆਨ
- ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ

ਇਥੇ ਜਾਓ www.health.nsw.gov.au/primaryschooldental ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ QR ਕੋਡ ਨੂੰ ਸਕੈਨ ਕਰੋ:

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨਹ੍ਾਂ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨੰਬਰਾਂ ‘ਚੋਂ ਇੱਕ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ।

ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਕਾ	ਫੋਨ
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 ਸਿਹਤ ਪਰ੍ਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਮੋਬਾਇਲ ਪਰੋ੍ਗਰਾਮ

NSW GOVERNMENT

ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਸਫਿਆਂ ਨੂੰ ਭਰੋ

ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਵੱਡੇ ਅਖਰਾਂ** ਵਿੱਚ ਭਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਪਰ੍ਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਾਨਕ ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ: (ਜਿਸ ਤਰਹ੍ਾਂ ਉਨਹ੍ਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਹੈ)

ਦਿੱਤਾ ਹੋਇਆ ਨਾਮ:

ਲਿੰਗ:

ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ:

/ /

ਜਨਮ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼:

ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ:

ਸਕੂਲੀ ਸਾਲ:

ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ: (ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ 5 Smith Lane)

ਸਬਰਬ:

ਪੋਸਟਕੋਡ:

ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ (10 ਅੰਕੜੇ):

ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਨੰਬਰ:

ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਅੰਤਲੀ ਮਿਤੀ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਨਹ੍ਾਂ ਖਾਤਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਹੜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ 'ਤੇ ਢੁੱਕਦੇ ਹੋਣ:

ਬੱਚੇ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਹੈ: ☐

ਘਰ ਵਿੱਚ ਬੋਲੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ:

☐ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ☐ ਹੋਰ (ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ)

ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ: (ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ)

ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਸਵਦੇਸ਼ੀ ਸਥਿਤੀ (ਮੂਲ):

☐ ਨਾ ਐਬਰਿਜਨਲ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਟੌਰਸ ਸਟਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ

☐ ਆਦਿ ਵਾਸੀ (ਐਬਰਿਜਨਲ)

☐ ਟੌਰਸ ਸਟਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ

☐ ਦੋਵੇਂ ਆਦਿ ਵਾਸੀ ਅਤੇ ਟੌਰਸ ਸਟਰੇਟ ਆਈਲੈਂਡਰ

ਇੱਕ ਪਰ੍ਵਾਨਿਤ ਆਦਿਵਾਸੀ ਪਰ੍ਤੀਨਿਧੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ ਹੀ ਪੂਰਾ ਕਰੋ

ਤੁਹਾਡੇ ਵੇਰਵੇ - ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ:

ਦਿੱਤਾ ਹੋਇਆ ਨਾਮ:

ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:

ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ:

ਈਮੇਲ ਪਤਾ:

ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਖਾਤਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਹੜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ 'ਤੇ ਢੁੱਕਦੇ ਹਨ:

ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇੱਕ ਐਲਰਜੀ ਹੈ (ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਰਬੜ ਦੀ, ਨੈਚੁਰਲ ਰੈਸਿਨ ਦੀ)।

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਹੈ।

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਅਯੋਗਤਾ ਹੈ।

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਜੇ ਤੁਸੀ ਉਪਰਲੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਹਾਂ ਪੱਖੀ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

ਦੰਦਾਂ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦੰਦਾ ਦੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਸੀ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਖਰਾਬ ਹੋ ਜਾਣਾ)?

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ

ਜੇ ਤੁਸੀ ਉਪਰ ਦੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਪੇਸ਼ੇਵਾਰ ਕੋਲ ਕਦੋਂ ਗਿਆ ਸੀ?

- [ ] 12 ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ
- [ ] 12 ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ
- [ ] ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਆਖਰੀ ਫੇਰੀ ਇਸ ਜਗਹ੍ਹ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ:

- [ ] ਪਰ੍ਹਾਈਵੇਟ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਪਰੈਕਟਿਸ ਵਿਖੇ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥ ਫੰਡ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਕਲਿਨਿਕ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ
- [ ] ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਕਲਿਨਿਕ/ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਹਸਪਤਾਲ
- [ ] ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਗਹ੍ਹਾ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ
- [ ] NSW ਹੈਲਥ ਪਰ੍ਹਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਮੋਬਾਇਲ ਡੈਂਟਲ ਪਰੋਗ੍ਰਾਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਬੀਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਦੰਦਾ ਦੇ ਪਰੋਵਾਈਡਰ ਦਾ ਨੰਬਰ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰੋ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਬੀਤੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਫਲੂਰਾਈਡ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਕੀ ਬੀਤੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ?

- [ ] ਹਾਂ
- [ ] ਨਹੀ
- [ ] ਪਤਾ ਨਹੀ/ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

ਨਮੂਨਾ

ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

- ਮੈਂ NSW ਹੈਲਥ ਪਰ੍ਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ ਮੋਬਾਇਲ ਡੈਂਟਲ ਪਰੋ੍ਗਰਾਮ ਸਬੰਧੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜਿ੍ਹਆ ਅਤੇ ਸਮਿਝਆ ਹੈ
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਇਹ ਕਰਨ ਲਈ FAQs ਨੂੰ ਇਸ ਵੈਬਸਾਈਟ ਤੇ ਵੇਖੋ: www.health.nsw.gov.au/primaryschooldental
- ਮੈਂਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੈਕੇਜ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਜਨਤਕ ਡੈਂਟਲ ਸੇਵਾ ਨੰਬਰਾਂ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਵੈਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਮੈਂਨੂੰ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਅਤੇ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਣ ਲੈਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ: www.health.nsw.gov.au/primaryschooldental
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਜਿਲਹ੍ੇ ਦੇ ਪਰ੍ਤੀਨਿੱਧ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਣ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮੂੰਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਮੈਂਨੂੰ NSW ਹੈਲਥ ਦੀ ਵੈਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਬਿਆਨ ਨੂੰ ਵੇਖਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ) ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੁਝ ਖਾਸ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਸ ਬਿਆਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਉਤਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਸਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੀ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਪਰ੍ਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਲੇ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਸੀ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਨੇ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀ ਹੋਵੇਗੀ।

ਮੈਂ (ਪੂਰਾ ਨਾਮ) ______________________

ਇਸ ਦਿਨ (ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ), ___ / ___ / 2 0 __ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰ ਕੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ

(ਪੂਰਾ ਨਾਮ) ______________________

(ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ), ___ / ___ / ____ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨੂੰ ਪਰ੍ਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜਾਜਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ:

ਇਲਾਜ	ਵਰਣਨ	ਮਾਪਿਆਂ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰ੍ਪਰਸੱਤਾਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ	ਜੋਖਮ ਕਾਰਕ ਮੁਲਾਂਕਣ, ਅਤੇ ਮੌਖਿਕ ਸਿਹਤ ਸਿਖਿਆ ਸਮੇਤ ਵਿਆਪਕ ਪਰ੍ੀਖਿਆ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਕੋਈ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।	x
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਐਕਸ-ਰੇ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਔਸਤਨ, ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਦੋ ਛੋਟੇ ਐਕਸ-ਰੇ	x
ਕਲਿਨੀਕਲ ਤਸਵੀਰਾਂ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਮੂੰਹ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੰਦਾਂ, ਬੁਟਾਂ, ਜਬਾਨ, ਗਲਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੁਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕਲਿਨੀਕਲ ਤਸਵੀਰਾਂ	x
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਦੰਦਾਂ ਉਪਰ ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਪਲਾਕ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕੈਲਕੁਲੱਸ ਹਟਾਉਣ ਲਈ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ	x
ਦੰਦਾਂ ਵਿੱਚਲੀਆਂ ਵਿੱਥਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨ ਲਈ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਦੇ ਬਚਾਓ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਪੱਕੀਆਂ ਦਾਹੜਾਂ ਵਿੱਚਲੀਆਂ ਵਿੱਥਾਂ ਨੂੰ ਭਰਨਾ	x
ਫਲੂਰਾਈਡ ਨਾਲ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਕਰਨਾ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)	ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਚਿਪਚਿਪੀ ਫਲੂਰਾਈਡ ਪੇਸਟ ਲਗਾਉਣੀ।	x

ਕੀ ਤੁਸੀ ਆਪਣੈ ਬੱਚੇ ਦੇ ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ ਸਮੇ ਹਾਜਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀ

ਨਮੂਨਾ
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਆਗਿਆ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਅਨੁਵਾਦ ਨੂੰ ਗਾਈਡ ਵਜੋਂ ਵਰਤੋ

ਜੋਖਮ ਕਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਪਰ੍ਸ਼ਨ

ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਭ ਤੋਂ ਢੁੱਕਵੇਂ ਬਕਸੇ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਅਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਮਾਤਰਾਵਾਂ ਵੀ ਦੱਸੋ।

1. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖੰਡ ਦੇ ਮਿੱਠੇ ਵਾਲੇ ਪੀਣ ਦੇ ਪਦਾਰਥ ਜਿਵੇਂ ਕੀ ਸਾਫਟ ਡਰਿੰਕਜ਼, ਕੌਰਡੀਅਲਜ਼, ਸਪੋਰਟਸ ਡਰਿੰਕਸ, ਐਨਰਜੀ ਡਰਿੰਕਸ ਜਾਂ ਬਰਫ ਵਾਲੀ ਚਾਹ ਪੀਂਦਾ ਹੈ?
(1 ਕੱਪ = 250 ਮਿਲਿਲਿਟਰ। ਸਾਫਟ ਡਰਿੰਕ ਦਾ 1 ਕੈਨ= 1.5 ਕੱਪ।
ਇੱਕ 500 ਮਿਲੀਲੀਟਰ ਸਪੋਰਟਸ ਡਰਿੰਕ ਦੀ ਬੋਤਲ= 2 ਕੱਪ)

- ☐ ਹਰ ਰੋਜ਼
  ਪਰ੍ਤੀ ਦਿਨ ਪੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਕੱਪਾਂ ਦੀ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਸੰਖਿਆ: ☐☐
- ☐ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵਾਰ
  ਪਰ੍ਤੀ ਹਫਤੇ ਪੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਕੱਪਾਂ ਦੀ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਸੰਖਿਆ: ☐☐
- ☐ ਕਦੇ ਕਦਾਂਈ ਜਾਂ ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀ
- ☐ ਪਤਾ ਨਹੀ/ ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

2. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਨੀ ਕੁ ਵਾਰ ਪਾਣੀ ਪੀਂਦਾ ਹੈ?
(1 ਕੱਪ = 250 ਮਿਲੀਲੀਟਰ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਚਾਹ ਦਾ ਕੱਪ।
ਪਾਣੀ ਦੀ ਇੱਕ 600 ਮਿਲੀਲੀਟਰ ਦੀ ਬੋਤਲ = 2.4 ਕੱਪ)

- ☐ ਹਰ ਰੋਜ਼
  ਪਰ੍ਤੀ ਦਿਨ ਪੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਕੱਪਾਂ ਦੀ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਸੰਖਿਆ: ☐☐
- ☐ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵਾਰ
  ਪਰ੍ਤੀ ਹਫਤੇ ਪੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਕੱਪਾਂ ਦੀ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਸੰਖਿਆ: ☐☐
- ☐ ਕਦੇ ਕਦਾਂਈ ਜਾਂ ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀ
- ☐ ਪਤਾ ਨਹੀ/ ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

3. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਨੀ ਕੁ ਵਾਰ ਮਿਠੇ ਬਿਸਕੁਟ, ਕੇਕ, ਪੇਸਟਰੀਆਂ ਜਾਂ ਸਨੈਕ ਬਾਰ ਖਾਂਦਾ ਹੈ?
(ਸਨੈਕ ਬਾਰਜ਼ ਵਿੱਚ ਮਿਊਸਲੀ ਬਾਰ, ਸਵੇਰੇ ਦੇ ਨਾਸ਼ਤੇ (ਬਰਿਕਫਾਸਟ) ਦੇ ਬਾਰ ਅਤੇ ਪਰੋਟੀਨ/ਐਨਰਜੀ ਬਾਰ ਅਤੇ ਬਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ)

- ☐ ਹਰ ਰੋਜ਼
  ਪਰ੍ਤੀ ਦਿਨ ਖਾਧੇ ਜਾਂਦਿਆਂ ਦੀ ਲਗਭਗ ਸੰਖਿਆ: ☐☐
- ☐ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵਾਰ
  ਪਰ੍ਤੀ ਹਫਤਾ ਖਾਧੇ ਜਾਂਦਿਆਂ ਦੀ ਲਗਭਗ ਸੰਖਿਆ: ☐☐
- ☐ ਕਦੇ ਕਦਾਂਈ ਜਾਂ ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀ
- ☐ ਪਤਾ ਨਹੀ/ ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

4. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਕਿਨੀ ਕੁ ਵਾਰ ਬੁਰਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ?

- ☐ ਕਦੇ ਕਦਾਂਈ ਜਾਂ ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀ
- ☐ ਇੱਕ /ਦਿਨ ਤੋ ਘੱਟ
- ☐ ਦਿਹਾੜੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ
- ☐ ਦਿਹਾੜੀ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ
- ☐ ਦਿਹਾੜੀ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਤੋਂ ਵੱਧ
- ☐ ਪਤਾ ਨਹੀ/ ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

5. ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋ ਕਰਦਾ ਹੈ?

- ☐ ਸਟੈਂਡਰਡ ਫਲੂਰਾਈਡ ਵਾਲੀ ਦੰਦਾ ਦੀ ਦਵਾਈ
- ☐ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਫਲੂਰਾਈਡ ਵਾਲੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦਵਾਈ
- ☐ ਨਾਨ ਫਲੂਰਾਈਡ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦਵਾਈ
- ☐ ਪਤਾ ਨਹੀ/ ਯਕੀਨਨ ਨਹੀ

6. ਤੁਸੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਅਤੇ ਮੂੰਹ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਰੇਟ ਕਰਦੇ ਹੋ?

- ☐ ਮਾੜੇ ਜਾਂ ਘਟੀਆਂ
- ☐ ਠੀਕ
- ☐ ਚੰਗੇ
- ☐ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ
- ☐ ਉਚ ਕੋਟੀ ਦੇ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਆਗਿਆ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ
ਲਈ ਇਸ ਅਨੁਵਾਦ ਨੂੰ ਗਾਈਡ ਵਜੋਂ ਵਰਤੋਂ

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਜ਼ ਅਨੁਸੂਚੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ

NSW ਵਿੱਚ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ

NSW ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਬੱਚੇ ਆਸਟਰੇਲੀਅਨ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਚਾਇਲਡ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਜ਼ ਸ਼ੈਡਿਊਲ (CDBS) ਲਈ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਅੰਤਰਗਤ, ਉਨਹ੍ਾਂ ਨੂੰ ਬਿਨਹ੍ਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਉੱਚ ਪੱਧਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰ੍ਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ।

CBDS ਕੀ ਹੁੰਦਾ/ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?

CDBS ਦਾ ਪਰ੍ਬੰਧ ਆਸਟਰੈ੍ਲੀਆਈ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਯੋਗ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ 2 ਕਲੰਡਰ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ $1,095 ਤੱਕ ਦੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਬੱਚੇ ਇਸ ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੇ ਉਹ:

- ਕਿਸੇ ਕਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ ਇੱਕ ਦਿੱਨ ਲਈ ਵੀ 0 ਤੋਂ 17 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਣ ਅਤੇ
- ਉਹ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਅਤੇ
- ਉਹ Family Tax Benefit Part A (ਫੈਮਿਲੀ ਟੈਕਸ ਬੈਨੀਫਿੱਟ ਭਾਗ A) ਪਰ੍ਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੋਣ ਜਾਂ ਜਿਸ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਆਸਟਰੇ੍ਲੀਆਈ ਸਰਕਾਰ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਪਰ੍ਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ ਜਿਹੜਾ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ ਦੁਆਰਾ ਉਪਲਬਧ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚੋਂ ਹੋਵੇ ਜਿਹੜੀ ਇਥੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ CDBS ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀ ਹੈ।

ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ CDBS ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ CDBS ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- ਇਸ ਸਕੂਲ-ਅਧਾਰਿਤ ਪਰੋ੍ਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ
- ਇਕ NSW ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਕਲਿਨਿਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂ
- ਇਕ ਪਰ੍ਾਈਵੇਟ ਦੰਦਾਂ ਦੇ (ਡੈਂਟਲ ਪਰੈ੍ਕਟਿਸ਼ਨਰ) ਕੋਲੋਂ।

ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਕੀਮਤ ਨਹੀ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ। ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ‘ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਵੀ ਕੀਤੇ ਹੋਣ ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ NSW ਹੈਲਥ ਤੋਂ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਮੁਫਤ ਇਲਾਜ ਮਿਲੇਗਾ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਨੀਲੇ ਇਲਾਜ ਵਾਲੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ $1,095 ਦੀ ਲਿਮਿਟ ਵੀ ਪਹੁੰਚ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਜੋ ਤਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਕਵਰ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤੱਦ ਵੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੀਸ ਨਹੀ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ।

ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਕੀਮਤ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਜਾਣਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅਸੀ ਕਾਮਨਵੈਲਥ ਸਰਕਾਰ ਤੋਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਰਕਮ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦੱਸੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ $622.10 ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਤੁਸੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀ ਕਰੋਗੇ।

ਪਹਿਲਾ ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ

ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਅਧਿਕਰਮ ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ ਲਈ CDBS ਦੇ ਅਧੀਨ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸੰਭਾਵਿਤ ਮੁਲ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ:

ਇਲਾਜ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	ਇਲਾਜ ਦਾ ਕੋਡ	CDBS ਦੀ ਕੀਮਤ
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ	88011	$57.65
ਦੋ ਛੋਟੀਆਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਐਕਸ-ਰੇ	88022 x 2	$33.35 x 2
ਦੰਦਾਂ ‘ਤੇ ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਪਲਾਕ ਲਾਹੁਣ ਲਈ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਫਾਈ	88111*	$58.90
ਦੰਦਾਂ ਤੋ ਜੰਮੀ ਹੋਈ ਕਲਸ਼ੀਅਮ ਲਾਹੁਣ ਲਈ ਸਫਾਈ	88114*	$98.20
ਦੰਦਾਂ ‘ਤੇ ਫਲੂਰਾਈਡ ਦਵਾਈ ਦੀ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਕਰਨੀ	88121	$37.85
8 ਤੱਕ ਪੱਕੀਆਂ ਦਾਹੜਾਂ (ਮੋਲਰਜ਼) ਵਿੱਚਲੀਆਂ ਵਿੱਥਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨਾ	88161 x 4 88162 x 4	$50.45 x 4 $25.25 x 4
ਪੂਰਾ ਖਰਚਾ		**$622.10**

* ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ ਕਿ ਇੱਕ ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟ (ਮੁਲਾਕਾਤ) ਦੌਰਾਨ ਸਿਰਫ ਦੋ ਆਈਟਮਾਂ ਲਈ ਦਾਂਅਵਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਰੀਵਿਊ (ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)

ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਰੀਵਿਊ ਮੁਲਾਕਾਤ ਸਮੇਂ CDBS ਅਧੀਨ ਅਧਿਕਰਮ (ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ) ਦਾਅਵੇ ਲਈ ਹੇਠ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ:

ਇਲਾਜ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	ਇਲਾਜ ਦਾ ਕੋਡ	CDBS ਦੀ ਕੀਮਤ
ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ	88013	$30.10
ਦੰਦਾਂ ‘ਤੇ ਫਲੂਰਾਈਡ ਦਵਾਈ ਦੀ ਵਾਰਨਿਸ਼ ਕਰਨੀ	88121	$37.85
ਪੂਰਾ ਖਰਚਾ		**$67.95**

ਜੇ ਵਧੇਰੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਸ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ CDBS ਦੇ ਮੁਲ ਬਾਰੇ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

NSW ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਬੱਚੇ ਜਨਤਕ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਰ੍ਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ:

ਵੇਖੋ www.health.nsw.gov.au/cdbs ਜਾਂ ਵੇਖੋ ਆਸਟਰੇਲੀਅਨ ਸਰ੍ਕਾਰ ਦਾ ਮਨੁਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਮਹਿਕਮਾ (Department of Human Services) www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule।

ਤੁਸੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ CDBS ਬਾਕੀ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਦੇ ਆਨਲਾਇਨ ਖਾਤੇ ਤੋਂ my.gov.au ‘ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਜਾਂ 132 011 ‘ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਕੇ ਚੈਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

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	

ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਸ ਸ਼ਡਿਊਲ ਬਲਕ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈ, ਮਰੀਜ਼/ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ:

- ਉਸ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਿਹੜਾ ਬਾਲ ਦੇ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਲਾਭ ਅਨੁਸੂਚੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਇਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ;
- ਇਸ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸੰਭਾਵਿਤ ਲਾਗਤ ਬਾਰੇ; ਅਤੇ
- ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਬਾਲ ਡੈਂਟਲ ਬੈਨੀਫਿਟਜ਼ ਅਨੁਸੂਚੀ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਲਕ ਬਿਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿਸ ਦੇ ਅਧੀਨ ਲਾਭ ਦੀ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅਧੀਨ ਲੋੜੀਂਦੇ ਫੰਡ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੇ, ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜੇਬ ਤੋਂ ਖਰਚੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ/।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕੋਲ ਸਿਰਫ ਬੈਨੀਫਿਟਜ਼ ਕੈਪ ਤੱਕ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇਗੀ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਬਾਲ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਲਾਭ ਅਨੁਸਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸੀਮਤ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਲਾਭ ਅਨੁਸੂਚੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੀਮਤ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲਾਗਤ ਉਪਲਬਧ ਲਾਭ ਸੀਮਾ ਨੂੰ ਘਟਾ ਦੇਵੇਗੀ।

ਨਮੂਨਾ
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਆਗਿਆ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ
ਲਈ ਇਸ ਅਨੁਵਾਦ ਨੂੰ ਗਾਈਡ ਵਜੋਂ ਵਰਤੋ

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਨੰਬਰ
Patient's Medicare number

____

ਮਰੀਜ਼ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੰਭਾਲਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ
Patient / legal guardian signature

____

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ
Patient's full name

____

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਨਾ ਹੋਵੇ)
Full name of person signing (if not the patient)

________ / ________ / ________

ਮਿਤੀ
Date

ਇਹ ਫਾਰਮ ਪਹਿਲੇ ਪੂਰੇ ਕਲੰਡਰ ਸਾਲ (ਜਨਵਰੀ–ਦਸੰਬਰ) ਲਈ ਵੈਧ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਯੋਗ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲੈ ਲੈਂਦੇ।

SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019

BINDING MARGIN - NO WRITING

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015

100821