

## Реализуемая на базе школ программа - пломбирования зубов Форма разрешения от родителя

ВОПРОСЫ? Звоните координатору стоматологического обслуживания CHC: (253) 210-5294 или (253) 722-1551

Community Health Care (CHC) является некоммерческим поставщиком стоматологических услуг, которого выбрал Департамент здравоохранения округа Тасома-Пирс (Tacoma-Pierce County Health Department) для предоставления в школе удобного стоматологического обслуживания в целях профилактики. С вашего разрешения зарегистрированный стоматолог обследует вашего ребенка, расскажет о гигиене ротовой полости и правильной чистке зубов, а также выполнит пломбирование и нанесет фторсодержащий лак. Мы сообщим вам о результатах обследования вашего ребенка и поможем с направлением к стоматологу при необходимости. Если позволит наш график, мы вернемся в течение учебного года, чтобы убедиться, что все пломбы на месте, и нанести при необходимости фторсодержащий лак еще раз. Такое обслуживание не будет противоречить регулярному осмотру ребенка у семейного стоматолога раз в 6 месяцев.

Имя ученика \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Имя Средний инициал Фамилия (если 2 фамилии, укажите обе)

Родитель/опекун \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Имя Средний инициал Фамилия (если 2 фамилии, укажите обе)

Адрес \_\_\_\_\_ Город / штат / почтовый индекс \_\_\_\_\_ Домашний/мобильный телефон \_\_\_\_\_

Укажите пол своего ребенка. ☐ Мужской ☐ Женский

Укажите этническое происхождение своего ребенка. ☐ Испаноязычные ☐ Неиспаноязычные

Укажите расу своего ребенка. ☐ Азиаты / выходцы с островов Тихого океана ☐ Темнокожие/афроамериканцы ☐ Белые  
☐ Американские индейцы ☐ Смешанной расы ☐ Другие ☐ Предпочитаю не отвечать

**Медицинский анамнез.** Отметьте все заболевания или состояния, которые в данный момент наблюдаются у вашего ребенка или наблюдались в прошлом:

☐ В данный момент не имеет проблем со здоровьем ☐ Астма ☐ Аллергия на латекс ☐ Другие виды аллергии \_\_\_\_\_

☐ Эпилепсия/припадки ☐ Диабет ☐ Проблемы с сердцем ☐ Другие проблемы со здоровьем \_\_\_\_\_

Имя стоматолога ребенка — если применимо \_\_\_\_\_ Дата последнего визита \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Отметьте один из вариантов и внесите необходимую информацию. CHC выставит счет страховой компании, а не вам.**

☐ **Apple Health/Medicaid в штате Washington:** Впишите 9-значный номер своего ребенка, указанный на карте Provider One / карте обслуживания в штате Washington. \_\_\_\_\_ WA

☐ **Частная страховая компания:** Название страховой компании: \_\_\_\_\_

Имя участника страхового плана: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Идентификационный номер участника страхового плана: \_\_\_\_\_ Группа или номер страхового полиса: \_\_\_\_\_

Адрес страховой компании: \_\_\_\_\_ Номер телефона страховой компании: \_\_\_\_\_

☐ **Страховка отсутствует.** В настоящий момент у моего ребенка нет стоматологической страховки. Я разрешаю своему ребенку участвовать в предоставлении ему бесплатных услуг, которые предлагает ваша программа. Прошу также прислать мне информацию о программе Apple Health / Medicaid в штате Washington. **Никому из детей не было отказано в обслуживании из-за неспособности оплатить услуги!**

МОЕМУ РЕБЕНКУ РАЗРЕШЕНО ПОЛУЧАТЬ ТАКИЕ УСЛУГИ, КАК ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НАНЕСЕНИЕ ФТОРСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА И/ИЛИ ПЛОМБИРОВАНИЕ, НА ПРОТЯЖЕНИИ ТЕКУЩЕГО УЧЕБНОГО ГОДА. «Я разрешаю школьному округу, в котором учится мой ребенок, отпускать его с занятий для посещения специалистов организации Community Health Care в учебные дни, указанные выше, для оказания ему любых из приведенных в этом документе стоматологических услуг, а также разрешаю школьному округу, в котором учится мой ребенок, предоставлять эту форму согласия в Департамент здравоохранения округа Тасома-Пирс и организацию Community Health Care».

→ Подпись родителя/опекуна (обязательно) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Community Health Care придерживается всех стандартов Закона о медицинском страховании и ответственности относительно хранения соответствующей информации (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 г. Мы обязуемся защищать конфиденциальность медицинской информации вашего ребенка. HIPAA требует сохранять конфиденциальность всех медицинских записей. Подписывая этот документ выше, вы даете нам разрешение обращаться к медицинскому персоналу школьного округа, в котором учится ваш ребенок, по поводу потребностей вашего ребенка в стоматологических услугах и информации о медицинском обслуживании.

Для служебного пользования

Подпись стоматолога \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Заявление на Предоставление Гибких Условий Выплат

Для того, чтобы соответствовать требованиям наших Федеральных грантов, мы должны собрать информацию о доходе у всех пациентов. Для того, чтобы соответствовать условиям гибких выплат (для пациентов, не имеющих страховки, и для тех, чья страховка может не оплатить все услуги), вы должны предоставить информацию, которая запрашивается ниже.

Сколько людей живут на этот доход? \_\_\_\_\_

Укажите количество людей в Вашей семье, которые живут в том же доме, делят тот же доход, пищу и аренду. Это количество включает Вас, Вашего супруга, и/или любых иждивенцев. Пожалуйста, перечислите людей, которых Вы включили:

| Имя   | Степень Родства с Вами | Имя   | Степень Родства с Вами |
|-------|------------------------|-------|------------------------|
| _____ | _____                  | _____ | _____                  |
| _____ | _____                  | _____ | _____                  |
| _____ | _____                  | _____ | _____                  |

Какая сумма ежемесячного дохода в Вашей семье образуется в результате:

|                                       |       |                                             |       |
|---------------------------------------|-------|---------------------------------------------|-------|
| Работы                                | _____ | Получения Пособия по Нетрудоспособности     | _____ |
| Получения Пособия по Безработице      | _____ | Получения Средств из Пенсионных Фондов      | _____ |
| Получения Социального Страхования     | _____ | Получения выплат, предоставляемым ветеранам | _____ |
| Поддержки Супруга                     | _____ | Получения Социальной Помощи                 | _____ |
| Получения Стипендии/Грантов           | _____ | Получения Пособия на Жилье                  | _____ |
| Получения Военных Отчислений на Семью | _____ | Прочего                                     | _____ |

Полный месячный доход \$ \_\_\_\_\_

Насколько мне известно, предоставленная информация правдивая и правильная. Я даю разрешение Community Health Care проверить информацию по моему финансовому статусу.

|               |                    |      |
|---------------|--------------------|------|
| Имя Пациента  | Подпись Пациента   | Дата |
| Дата рождения | Подпись сотрудника | Дата |

☐ Я отказываюсь предоставлять информацию о своем доходе в данном случае. Я понимаю, что в связи с этим я не имею права на какие-либо скидки, даже если моя страховка откажется платить.

|               |                    |      |
|---------------|--------------------|------|
| Имя Пациента  | Подпись Пациента   | Дата |
| Дата рождения | Подпись сотрудника | Дата |

#### For Office Use Only:

Annual Income \$ \_\_\_\_\_ # in Household \_\_\_\_\_ Sliding Scale Level \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_