



DENTAL SEALANT PERMISSION SLIP – TEMPLATE

_____ is offering a preventive dental sealant program for ALL children in _____. This program is funded by the Wisconsin Seal-A-Smile, a collaborative program of Children’s Health Alliance of Wisconsin and the Wisconsin Department of Health Services. A licensed dental provider will come to the school to provide the sealant program at no charge to you. The program includes: assessment to determine if sealants can be done, sealants if appropriate, fluoride treatments and tooth brushing instructions with a new toothbrush. A follow-up letter will be sent home to describe what was completed and what is recommended for future needs. All procedures will follow recommendations from the American Dental Association and Centers for Disease Control and Prevention’s recommendations for school-based dental sealant programs. This permission is effective for _____ in order to replace lost sealants when checked after one year or to have sealants applied on teeth that were not sealed this year.

Child Last Name: _____ First Name: _____ Date of Birth _____

Child’s Teacher: _____ Grade: _____ Circle one: Male Female

YES, I do want my child to participate in school-based dental prevention program and authorize Forward Health or any other third party insurance company to be billed for billable services. I give the school permission to share my child’s Wisconsin Student ID number with the school-based program.

(Please fill out the rest of the form and return to your child’s school)

NO, I don’t want my child to participate in the school-based dental prevention program. (Sign and return to your child’s school)

_____/_____ Date _____
(Print) parent/guardian (signature) parent/guardian

Reason for not participating? _____

What type of DENTAL insurance does your child have? *No student will be refused services based on their insurance coverage*

Forward Health/Medicaid/BadgerCare Private Insurance (i.e. Delta, Cigna) No Insurance Other _____

Ethnicity (select one): Hispanic Non-Hispanic Unknown

Race: (select one) White Black/African American Asian American Indian/Alaska native
 Native Hawaiian/Pacific Islander Unknown/not available

Please answer the following questions about your child: (Circle one)

1. Does your child use medicine prescribed by a doctor? YES NO

If yes, what kind? _____

2. Does your child need or use more medical care than other children the same age? YES NO

3. Does your child have trouble doing things most children the same age can do? YES NO

4. Does your child need or get special therapy, such as physical therapy, occupational therapy or speech therapy? YES NO

5. Does your child need counseling or treatment for behavior problems, emotional problems, or delays in walking, talking or activities other children the same age can do? YES NO

If you selected “yes” to any of the questions (1-5) above: Has this problem lasted or is expected to last at least 12 months? YES NO

Does your child have any allergies? (i.e. medications, food, latex, etc.) YES NO

If yes what type? _____

Has your child been seen by a dentist? Yes, within one year Yes, over one year ago Never

Name of your child’s primary dentist: _____

Is there anything else about your child you would like us to know?

***The treatment which your child will receive in this program is not meant to be an alternative to regular dental care. It is still strongly recommended that you seek out a dental home (family dentist) for routine dental care including any follow up care which may be recommended after your child has completed this school based oral health program.**



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA SELLADOR DENTAL

está ofreciendo un programa preventivo de selladores dentales para TODOS los estudiantes en grado. Este programa es financiado por el programa de Wisconsin Seal-A-Smile, en colaboración con Children's Health Alliance of Wisconsin y Wisconsin Department of Health Services. Un proveedor de servicios dentales capacitado irá a la escuela para brindarle este programa de selladores dentales sin costo alguno. El programa incluye: evaluación para determinar si puede recibir el sellador, aplicación de sellador si es adecuado, un tratamiento con fluoruro, e instrucciones para cepillarse los dientes con un cepillo nuevo. Se le enviará una carta para dar seguimiento a su casa para describir lo que se le hizo y lo que se recomienda en el futuro. Todos los procedimientos seguirán las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades al darle las recomendaciones preventivas del programa escolar de selladores dentales. Este permiso estará vigente durante _____ con el fin de reemplazar los selladores perdidos al revisárselos después de un año o para aplicar selladores en aquellos dientes que no fueron sellados este año.

Apellido del niño: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Maestro del niño: _____ Grado: _____ Circulo uno: _____ Masculino _____ Hembra _____

SÍ, quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental y autorizo el cobro a Forward Health o a cualquier otra compañía de seguros por los servicios facturables. Le doy permiso a la escuela de mi hijo para que comparta su número de identificación estudiantil de Wisconsin con el programa de la escuela.

(Llene el resto del formulario a continuación y devuélvalo a la escuela de su hijo)

NO quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental. (Firme aquí y devuélvalo a la escuela de su hijo)

_____/_____/_____
Date ____/____/____

(Letra de imprenta) Nombre del padre o tutor legal (Firma) Padre o tutor legal

¿Por qué motivo no desea participar? _____

¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene su hijo? Nota: No se negarán los servicios a ningún estudiante en base a la cobertura de su seguro

Forward Health/Medicaid/BadgerCare Seguro privado (ej. Delta, Cigna) Sin seguro Otro _____

Grupo étnico (seleccione uno): Hispano No hispano Desconocido

Raza (seleccione una): Blanca Negra o afroamericana Asiática Amerindia o nativa de Alaska

Nativa de Hawái o las Islas del Pacífico Desconocida o no disponible

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo: (Marque una respuesta)

1. ¿Usa su hijo medicamentos recetados por un doctor? SÍ NO

Si afirmativo, ¿cuáles? _____

2. ¿Necesita o usa su hijo más cuidados médicos que los demás niños de la misma edad? SÍ NO

3. ¿Tiene su hijo problemas para hacer algo que la mayoría de los niños de la misma edad puedan hacer? SÍ NO

4. ¿Necesita o recibe su hijo algún tipo de terapia especial, como física, ocupacional o del habla? SÍ NO

5. ¿Necesita su hijo consejería o tratamiento para los problemas conductuales, emocionales o retrasos en el caminar, hablar o par hacer actividades que otros niños de la misma edad pueden hacer? SÍ NO

Si marcó que "sí" a una de las preguntas anteriores (1-5):

¿Ha durado o se espera que dure este problema por lo menos 12 meses? SÍ NO

¿Tiene su hijo alguna alergia? (ej. A medicamentos, alimentos, látex, etc.) SÍ NO Si afirmativo, ¿a qué es alérgico? _____

¿Ha visitado su hijo al dentista? Sí, dentro del último año Sí, hace más de un año Nunca

Nombre del dentista principal de su hijo: _____

¿Hay algo más acerca de su hijo que usted quisiera saber?

* El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no será una alternativa a la atención dental regular. Aún se recomienda que busque a un dentista para la atención dental de rutina que incluye cualquier atención de seguimiento que pueda recomendarse después de que su hijo haya completado este programa de salud oral en la escuela.

نموذج - استمارة تصريح بتركيب حشوات أسنان وقائية

يقدم برنامج تركيب حشوات أسنان وقائية لكافة الأطفال في Wisconsin Seal-A-Smile، وهو برنامج تعاوني مقدم من تحالف صحة الأطفال لولاية ويسكونسن وإدارة الخدمات الصحية بولاية ويسكونسن. سيحضر إلى المدرسة مقدم مرخص لخدمات طب الأسنان لتوفير برنامج الحشوات الوقائية بدون أي تكلفة عليكم. يشمل البرنامج: تقييم لتحديد ما إذا كان تركيب الحشوات الوقائية ممكناً أم لا، وما إذا كان تركيب الحشوات الوقائية ملائماً، ومعالجات بالفلورايد، وتوجيهات لتفريش الأسنان بفرشاة جديدة. سيرُسل إليكم خطاب متابعة لإعلامكم بما تم إنجازه وبما يوصى به للاحتياجات المستقبلية. وستلتزم كافة الإجراءات بالتوصيات الصادرة من جمعية طب الأسنان الأمريكية (ADA) ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) الخاصة ببرامج تركيب حشوات الأسنان الوقائية لطلبة المدارس. وهذا التصريح ساري حتى ستبدال الحشوات الوقائية المفقودة عند الفحص بعد عام من تركيبها أو لتركيب حشوات وقائية على الأسنان التي لم يتم وقيتها هذا العام

اسم عائلة الطفل: _____ الاسم الأول للطفل: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____

معلم/ة الطفل: _____ الصف الدراسي: _____ ضع دائرة حول أحدهما: ذكر أنثى

نعم، أرغب في مشاركة طفلي في برنامج وقاية الأسنان لطلبة المدارس وأخول فورورد هيلث Forward Health أو أية شركة تأمين خارجية أخرى سداد مقابل أية خدمات تستحق الدفع. وأصرح للمدرسة بمشاركة رقم بطاقة الطالب التعريفية لولاية ويسكونسن الخاصة بطفلي مع برنامج طلبة المدارس. (يرجى استيفاء بقية الاستمارة وإعادتها لمدرسة طفلك)

لا، أرفض مشاركة طفلي في برنامج وقاية الأسنان لطلبة المدارس. (وقع وأعددها لمدرسة طفلك)

الاسم) أحد الوالدين/الوصي (التوقيع) أحد الوالدين/الوصي التاريخ: ____/____/____

سبب عدم المشاركة؟ _____

ما نوع التأمين على الأسنان لدى طفلك؟ لن يُحرم أي طالب من هذه الخدمات بناءً على تأمينه الصحي. BadgerCare/ميديكيد/Forward Health تأمين خاص (مثل Delta أو Cigna) بدون تأمين غير ذلك _____

الأصل (حدد خياراً واحداً): ذو أصول لاتينية غير ذلك غير معلوم

العرق: (حدد خياراً واحداً) أبيض أسود/ أمريكي أفريقي آسيوي الهنود الأمريكيين/ سكان الأسكا الأصليين سكان هاواي الأصليين/ سكان جزر المحيط الهادئ غير معلوم/ غير متوفر

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية فيما يخص طفلك: (ضع دائرة حول أحدهما)

- | | | |
|----|-----|---|
| لا | نعم | 1. هل يتناول طفلك أية أدوية موصوفة من قبل طبيبها؟
إذا كانت الإجابة نعم، ما نوعها؟ |
| لا | نعم | 2. هل يحتاج طفلك أو يتلقى رعاية طبية أكثر من أطفال آخرين في نفس عمره؟ |
| لا | نعم | 3. هل يعاني طفلك من صعوبة في القيام بالأمر التي يقوم بها معظم الأطفال في عمره؟ |
| لا | نعم | 4. هل يحتاج طفلك أو يتلقى أي علاج خاص، مثل العلاج الطبيعي، أو المعالجة المهنية أو معالجة النطق؟ |
| لا | نعم | 5. هل يحتاج طفلك لإرشاد أو معالجة لمشاكل سلوكية أو انفعالية أو تأخر في المشي أو الكلام أو الأنشطة الأخرى التي يقوم بها أطفال آخرين في عمره؟ |
| لا | نعم | إذا اخترت "نعم" في أي سؤال من (1-5) أعلاه: هل دامت هذه المشكلة أو متوقع أن تدوم لمدة 12 شهراً على الأقل؟ |
| لا | نعم | هل يعاني طفلك من أية حساسية (مثل الحساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو اللاتكس وخلافه) إذا كانت الإجابة نعم، أي نوع؟ _____ |

هل فحص طفلك من قبل طبيب أسنان؟ نعم، خلال عام نعم، منذ أكثر من عام أبداً
اسم طبيب الأسنان الأساسي الخاص بطفلك: _____

هل هناك أية أمور أخرى تود إعلامنا بها عن طفلك؟ _____

*العلاج الذي سيتلقاه طفلك في هذا البرنامج ليس بديلاً عن رعاية الأسنان الاعتيادية. فما زال يوصى بشدة الاستعانة بمركز طب أسنان (طبيب أسنان للعائلة) للحصول على رعاية منتظمة والتي تشمل أية متابعة قد ينصح بها بعد استكمال طفلك لبرنامج صحة الفم والأسنان لطلبة المدارس هذا.



သွား ထေးပိတ်မှု ခွင့်ပြုချက် ဖြတ်ပိုင်း - ပုံစံ

သည် ထဲက ကလေးများ အားလုံး အတွက် ကြိုတင်ကာကွယ်ရေး သွားထေးပိတ်ရေး အစီအစဉ်ကို ကမ်းလှမ်းထားပါသည်။ Wisconsin Seal-A-Smile မှ ငွေကြေးထောက်ပံ့လုပ်ကိုင်မည့် ယင်းအစီအစဉ်ကို စိစ်ကွန်စင် ကလေးကျန်းမာရေး ပူးပေါင်းဆောက်ရွက်မှု (Children's Health Alliance of Wisconsin) နှင့် စိစ်ကွန်စင် ကျန်းမာရေး ဌာန ဝန်ဆောင်မှုများ (Wisconsin Department of Health Services) တို့မှ ပူးပေါင်းချမှတ်ပေးခဲ့ကြပါသည်။ လိုင်စင်ရ သွားဖက်ဆိုင်ရာဝန်ထမ်း ကျောင်းသို့လာရောက်ပြီး အခမဲ့ သွားထေးပိတ်မှုကို ပြုလုပ်ပေးပါမည်။ အစီအစဉ်ထဲ ပါဝင်သည်မှာ- သွားကို ထေးပိတ်ပေးရန် လိုမလို စစ်ဆေးကြည့်ခြင်း၊ သင့်တော်ပါက သွားထေးပိတ်မှုပြုလုပ်ခြင်း၊ ဖလူအိုရိုဒ်ဖြင့် ကုသပေးခြင်း နှင့် သွားပွတ်တံ အသစ်ဖြင့် သွားတိုက်မှုဆိုင်ရာ ညွှန်ကြားချက်ပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ဘာတွေကို လုပ်ပေးခဲ့ကြောင်းနှင့် အနာဂတ်လိုအပ်ချက်များအတွက် အကြံပြုထောက်ခံချက်ပါသည့် နောက်ဆက်တွဲလုပ်ဆောင်စရာ စာတစ်စောင်ကို အိမ်ကို ပို့ပေးပါလိမ့်မည်။ လုပ်ငန်းစဉ် အားလုံးတို့ကို ကျောင်းမှာလုပ်ပေးရမည့် သွားထေးပိတ်ရေး အစီအစဉ်များအတွက် ပြုစုပေးထားသည့် အမေရိကန် သွားကု အဖွဲ့ (American Dental Association) နှင့် ရောဂါများ ထိန်းချုပ်ရေး နှင့် ဟန့်တားရေး ဌာန (Centers for Disease Control and Prevention) တို့ထံမှ အကြံပြုချက်များနှင့်အညီ ဆက်လက်ပြုလုပ်ပါလိမ့်မည်။ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကာလအတွက် ဖြစ်ပြီး တစ်နှစ်ကြာပြီးသည့်နောက် စစ်ဆေးကြည့်ချိန်တွင် ကျပျောက်သွားသည့် ထေးပိတ်မှုများကို အစားထိုးပေးရန် သို့မဟုတ် ယခုနှစ်ထဲတွင် ဖာထေးမပေးခဲ့သည့် သွားများကို ထေးပိတ်ပေးရန်အတွက် ဖြစ်ပါသည်။

ကလေး၏ နောက်ဆုံးအမည်စာလုံး - _____ ပထမဆုံးအမည်စာလုံး - _____ မွေးရက် ____/____/____

ကလေး၏ ဆရာ - _____ အတန်း - _____ တစ်ရက် ဝိုင်းပေးပါ- ကျား မ

ဟုတ်ကဲ့၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို ကျောင်းမှာပြုလုပ်မည့် သွား ကာကွယ်ရေး အစီအစဉ်ထဲတွင် ပါဝင်စေလိုပြီး Forward Health သို့မဟုတ် တတိယပါတီ အာမခံကုမ္ပဏီထံသို့ ကျသင့်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံရန်ကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ Wisconsin ကျောင်းသား ID နံပါတ်ကို ကျောင်းမှာပြုလုပ်မည့် အစီအစဉ်သို့ မျှဝေပေးရန်ကို ကျောင်းအား ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ (ကျေးဇူးပြုပြီး ပုံစံ၏ ကျန်အပိုင်းများကို ဖြည့်ပေးပြီး သင့်ကလေး၏ ကျောင်းသို့ ပြန်ပေးပို့ပါ)

မဟုတ်၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို ကျောင်းမှာပြုလုပ်မည့် သွား ကာကွယ်ရေး အစီအစဉ်ထဲတွင် မပါဝင်စေလိုပါ။ (လက်မှတ်ထိုးပြီး သင့်ကလေး၏ ကျောင်းသို့ ပြန်ပေးပို့ပါ)

_____/_____/_____ ရက်စွဲ ____/____/____
(စာလုံးဖြင့်) မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ (ထိုးမြဲလက်မှတ်) မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ

မပါဝင်စေလိုသည့် အကြောင်းရင်းက ဘာများဖြစ်ပါသနည်း။ _____

သင့်ကလေးတွင် သွားဘက်ဆိုင်ရာ မည်သည့် အာမခံ ရှိပါသနည်း။ အာမခံအကျုံးဝင်မှုအပေါ် အခြေပြုပြီး မည်သည့် ကျောင်းသားကိုမှ ဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်မည် မဟုတ်ပါ

- Forward Health/Medicaid/BadgerCare ပုဂ္ဂလိက အာမခံ (ဥပမာ၊ Delta၊ Cigna) အာမခံ မရှိပါ အခြား _____

လူမျိုး (တစ်ခု ရွေးပါ)- စပိန်နွယ် စပိန်မဟုတ် မသိပါ

- အသားအရောင် (တစ်ခု ရွေးပါ) မျက်နှာဖြူ လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် အာရှသား
- အမေရိကန် အင်ဒီယန်/အလာစ်ကာ ဇာတိ ဟာဝေယံ ဇာတိ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား
- မသိပါ/မရရှိနိုင်ပါ

*လက်ရှိအစီအစဉ်ထဲတွင် ရရှိမည့် ကုသမှုမှာ ပုံမှန်သွားစောင့်ရှောက်မှုကို အစားထိုးမှု မဟုတ်ပါ။ လုပ်ရိုးလုပ်စဉ် သွားဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် နှင့် သင့်ကလေးက လက်ရှိ ကျောင်းမှာ ပြုလုပ်ပေးမည့် သွားနှင့်ပူးစပ်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်နောက်မှာ ပေးမည့် အကြံပြုချက်များကို လိုက်လုပ်နိုင်ရန်အတွက် အပါအဝင် အိမ်မှာ သွားကုရန် (မိသားစု သွားကုဆရာဝန်)ကို ရှာကြိုစီစဉ်ထားရန် အထူးအကြံပေးလိုပါသည်။

ကျေးဇူးပြုပြီး သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်ပြီး အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးပါ- (တစ်ခုကို ဝိုင်းပေးပါ)

1. သင့်ကလေးသည် ဆရာဝန်မှ ညွှန်းပေးထားသည့် သောက်ဆေးများရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
ဟုတ်လျှင် ဆေးအမျိုးအစား? _____
2. သင့်ကလေးသည် ရွယ်တူကလေးများနှင့်စာလျှင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုကို ပိုပြီး လိုအပ်သို့မဟုတ် အသုံးပြုပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
3. သင့်ကလေးသည် ရွယ်တူကလေး အများစု လုပ်ကိုင်နိုင်ကြသည့်အရာကို လုပ်ရာတွင် အခက်အခဲရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
4. သင့်ကလေးသည် ရုပ်ပိုင်းအရ ကုသမှု၊ လုပ်ကိုင်မှုဆိုင်ရာ ကုသမှု သို့မဟုတ် စကားပြောကုသမှု ကဲ့သို့သော အထူးကုသမှုကို ခံယူရပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
5. သင့်ကလေးသည် အပြုအမူဆိုင်ရာ ပြဿနာများ၊ စိတ်ခံစားမှု ပြဿနာများ၊ လမ်းလျှောက်မှု၊ စကားပြောမှု သို့မဟုတ် ရွယ်တူကလေးများ နှင့်စာလျှင် လှုပ်ရှားမှုထဲတွင် ကြန့်ကြာနေ၍ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှု သို့မဟုတ် ကုသမှု ခံယူရန် လိုအပ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

သင်သည် အထက်ပါ မေးခွန်း (1-5) ထဲက တစ်ခုခုအတွက် "ဟုတ်ကဲ့" ဖြေကြားခဲ့လျှင်- ယင်းပြဿနာမှာ 12 လ ကြာခဲ့ပါသလား သို့မဟုတ် ကြာမည်ဟု မျှော်လင့်ရပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

သင့်ကလေးတွင် ဓါတ်မတည့်မှု တစ်စုံတစ်ခု ရှိပါသလား။ (ဥပမာ၊ ဆေးဝါးများ၊ အစားအစာများ၊ လာတက်စ် စသဖြင့်) ရှိလျှင် မည်သည့်အမျိုးအစား ဖြစ်ပါသနည်း။ _____ ဟုတ် မဟုတ်

သင့်ကလေးကို သွားကုဆရာဝန်အား ပြသခဲ့ပါသလား? ဟုတ်ကဲ့၊ တစ်နှစ်အတွင်းမှာ ဟုတ်ကဲ့၊ တစ်နှစ်ကျော်တုန်းက ဘယ်သောအခါမှမပြခဲ့ပါ။
 သင့်ကလေး၏ ပထမအခြေခံ သွားကုဆရာဝန် အမည်- _____

သင့်ကလေးနှင့်ပတ်သက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပြောပြလိုသည့် အခြားတစ်စုံတစ်ခု ရှိပါသလား။

*လက်ရှိအစီအစဉ်ထဲတွင် ရရှိမည့် ကုသမှုမှာ ပုံမှန်သွားစောင့်ရှောက်မှုကို အစားထိုးမှု မဟုတ်ပါ။ လုပ်ရိုးလုပ်စဉ် သွားဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် နှင့် သင့်ကလေးက လက်ရှိ ကျောင်းမှာ ပြုလုပ်ပေးမည့် သွားနှင့်ပတ်သက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်နောက်မှာ ပေးမည့် အကြံပြုချက်များကို လိုက်လုပ်နိုင်ရန်အတွက် အပါအဝင် အိမ်မှာ သွားကုရန် (မိသားစု သွားကုဆရာဝန်)ကို ရှာကြံစီစဉ်ထားရန် အထူးအကြံပေးလိုပါသည်။



တၢ်ကးတၢ်ဘၢမဲ တၢ်ဟ့ၣ်ခွဲးအလံာ်က့- လံာ်က့ဒိ

န့ၣ်ဟ့ၣ်ဝဲ တၢ်ဒိသဒါကးတၢ်ဘၢမဲတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးလၢ ဖိသၣ်ကိးဂၤဒဲးလၢအဆိၣ်လၢ အကီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးအံၤ တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအီၤလၢဝဲစီၣ်စၢၤအစၢၤ(လ) (Wisconsin Seal-A-Smile), တၢ်မၤယုၣ်မၤသကိးတၢ်တပူၤယီ တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲး လၢဖိသၣ်အတၢ်ဆိၣ်ဆူၣ်ဆိၣ်ချ့သိၣ်မ့ၤဝဲစီၣ်စၢၤ (Children's Health Alliance of Wisconsin) ဒီး ဝဲစီၣ်စၢၤတၢ်ဆိၣ်ဆူၣ်ဆိၣ်ချ့တၢ်မၤစၢၤဝဲကျဲး (Wisconsin Department of Health Services) န့ၣ်လီၤ. ပုၤလၢအဟ့ၣ်လီၤ တၢ်မၤမဲ လၢအဆိၣ်ဒီးလဲစ့ၣ်တၢ်ပျဲန့ၣ်ကလဲအူကီၢ် လၢကဟ့ၣ်လီၤတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးလၢ တၢ်မၤတၢ်ဘၢမဲ လၢတဆိၣ်ဒီးတၢ်လၢာ်ဘူၣ်လၢာ်စ့ၤလၢန့ၣ်ကီၢ်ဘၣ်အကီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးန့ၣ် ပုၤယုၣ်ဒီး- တၢ်သမံသမိးကွၢ်ဒီးအၢတၢ်လၢတၢ်မၤတၢ်ဘၢမဲသ့, မ့ၢ်တြၢးလၢတၢ်မၤတၢ်ဘၢမဲ, တၢ်မၤဂ့ၤထီၣ်က့ၤဖလှဲၣ်ဆီရဲး(ဖ) (fluoride) ဒီးတၢ်န့ၣ်ကျဲးလၢတၢ်ထူးမဲအကီၢ်တဖၣ်ဒီး တၢ်ထူးမဲအဘိလၢအသိန့ၣ်လီၤ. တၢ်ကဆုၤလံာ်ပရၢ လၢတၢ်မၤတၢ်ပိာ်ထွဲအကီၢ်ဆူဟံၣ်လၢကဟံၣ်ဖျါထီၣ်လၢ တၢ်မၤဝဲတၢ်မၤန့ၣ်ဒီးတၢ်ဟ့ၣ်က့ၣ်ဟ့ၣ်ဖးလၢ တၢ်လိာ်ဘၣ်လၢခါအညါအကီၢ် န့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤအကျဲးအကျဲးလၢန့ၣ်ကလူၤပိာ်မၤထွဲ တၢ်ဟ့ၣ်က့ၣ်ဟ့ၣ်ဖးလၢ ကီၢ်အမဲရကတၢ်ကရၢကရီလၢအဘၣ်ယးဒီးမဲဒီးစဲထၢၣ် လၢအရဲၣ်တၢ်ကျဲးတၢ်ဆူးတၢ်ဆါဒီး တၢ်ဟ့ၣ်က့ၣ် ဟ့ၣ်ဖးတဖၣ်လၢတၢ်ဒိသဒါလၢတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးလၢတၢ်မၤတၢ်ဘၢမဲလၢကီၢ်တကပၤအကီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ဟ့ၣ်အခွဲးအံၤတၢ်စးထီၣ်စူးကါအီၤလၢ တၢ်ကမၤပုၤက့ၤ တၢ်မၤတၢ်ဘၢမဲလၢ အလီၤမၤကွၢ်လၢတၢ်သမံသမိးအီၤဖဲတန့ၣ်အလီၢ်ခဲ မ့တမ့ၢ် လၢကဆိၣ်ဒီး တၢ်မၤတၢ်ဘၢမဲလၢအလီၤလၢ တၢ်တမၤတၢ်ဘၢမဲလၢအလီၤလၢတန့ၣ်အံၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ.

ဖိသၣ်မံၤကတၢ်- _____ မံၤခိၣ်ထံး- _____ အိၣ်ဖျါၣ်မုၢ်န့ၣ်- ____/____/____

ဖိသၣ်အသရၣ်- _____ တီၢ်ပတီၢ်- _____ တီၢ်ကဝီၤတခါ- _____ ဖိၣ်ခါ _____ ဖိၣ်မုၢ် _____

မ့ၢ်, ယဆၣ်ဒီး ယဖိပုၤယုၣ်မၤသကိးလၢတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးတၢ်ဒိသဒါလၢကီၢ်တကပၤဒီး ဟ့ၣ် Forward Health မ့တမ့ၢ် ပုၤသၢဖတဖုၤလၢအမ့ၢ်တၢ်ဆူၣ်ကီၢ်ဒိပနံၣ်တခါခါအခွဲး လၢတၢ်ကဆုၤကဒဲးစရီလၢ တၢ်မၤစၢၤလၢတၢ်ယုၣ်ကဒဲးစရီသ့အကီၢ်န့ၣ်လီၤ. ယဟ့ၣ်က့ၣ်အခွဲးလၢကနီၤဟ့ၣ်လီၤယဖိ အဝဲစီၣ်စၢၤ (Wisconsin) ကီၢ်ဖိတၢ်ဆူၣ်သး (ID) နီၣ်ဂံၢ် လၢတၢ်ရဲၣ် တၢ်ကျဲးလၢတၢ်မၤအီၤလၢကီၢ်အကီၢ်န့ၣ်လီၤ. (ဝံသးစူၤ မၤပုၤတက့ၢ်ဒိလၢအဆိၣ်တၢ်ဒီး ဆုၤကဒါက့ၤအူန့ၣ်အကီၢ်)

တမ့ၢ်ဘၣ်, ယတဆၣ်ဒီးယဖိပုၤယုၣ်မၤသကိးတၢ်လၢ တၢ်ဒိသဒါမဲတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးလၢတၢ်မၤအီၤလၢကီၢ်န့ၣ်ဘၣ်. (ဆဲးလီၤမံၤဒီး ဆုၤကဒါက့ၤအူန့ၣ်အကီၢ်)

_____/_____/_____ မုၢ်န့ၣ် ____/____/____
(ကွဲးလီၤမံၤ) မိၢ်ပံ/ပုၤက့ၢ်ထွဲတၢ် (ဆဲးလီၤမံၤ) မိၢ်ပံ/ပုၤက့ၢ်ထွဲတၢ်

တၢ်ဂ့ၢ်လၢ တန့ၣ်လီၤပုၤယုၣ်မၤသကိး မ့ၢ်မနုၤလဲၣ်. _____

မ့ၢ်န့ၣ်အိၣ်ဒီး ဝဲအတၢ်ဆူၣ်ကီၢ် ဖဲလဲၣ်တကလုာ်လဲၣ်. တၢ်တဘၣ်သမၢ်ကီၢ်ဖိနီၣ်တကၤလၢ တၢ်ကဟ့ၣ်အီၤ တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤလၢ အဒိးသန့ၤထီၣ်အသးလၢအဝဲသ့ၣ်အတၢ်ဆူၣ်ကီၢ်အဖိခိၣ်ဘၣ်

Forward Health/Medicaid/BadgerCare ပုၤနီၣ်တကၤတၢ်ဆူၣ်ကီၢ် (အဒိး, Delta, Cigna) တၢ်ဆူၣ်ကီၢ်တဆိၣ် အကၤ _____

ကလုာ်န့ၣ်(ယုထာတခါ)- ပုၤဟံးစဲပဲနံးဖိ တမ့ၢ်ပုၤဟံးစဲပဲနံးဖိ တၢ်တသ့ၣ်ညါအီၤ

ကလုာ်- (ယုထာတခါ) ပုၤဝါဖဲဖိ ပုၤသုးဖိ/ပုၤအၢဖြဲၤကၢဖိအမဲရကၤ ပုၤအရၢၣ်ဖိ ပုၤအမဲရကၤအုၤယၣ်ဖိ /ပုၤအၣ်လၢၣ်စကၢၣ်ဖိ

ဟၣ်ဝါယၢၣ်ပုၤထူလဲၣ်ဖိ/ပဲးဖဲပုၤကိးဖိအကၤ တသ့ၣ်ညါဘၣ်/တဘၣ်ထွဲဘၣ်

ဝံသးစူၤစံးအၢတၢ်သံက့ၢ်တဖၣ်လၢအပိာ်ထွဲထီၣ်အခံၤလၢအဘၣ်ယးဒီးန့ၣ်တက့ၢ်- (တီၢ်ကဝီၤတခါ)

၁. မ့ၢ်န့ၣ်စူးကါကသံၣ်လၢတၢ်န့ၣ်လီၤအီၤလၢကသံၣ်သရၣ်ခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်

မ့ၢ်စံးအၢလၢ မ့ၢ် န့ၣ်, ဖဲလဲၣ်တကလုာ်လဲၣ်. _____

၂. မ့ၢ်န့ၣ်လိာ်ဘၣ် မ့တမ့ၢ် စူးကါတၢ်ကွၢ်ထွဲလၢ တၢ်ဆိၣ်ဆူၣ်ဆိၣ်ချ့ အါန့ၣ်ဖိသၣ်အကၤလၢအသးအိၣ်တန့ၣ်ယီဒီးအဝဲသ့ၣ်ခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်

၃. မ့ၢ်န့ၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ကီၢ်ခဲလၢ တၢ်မၤတၢ်အါမံၤ လၢအါတက့ၢ်ဖိသၣ်လၢအသးအိၣ်တန့ၣ်ယီမၤသ့ခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်

၄. မ့ၢ်န့ၣ်လိာ်ဘၣ်မ့တမ့ၢ်ဒီးန့ၣ်ဘၣ်တၢ်ယါဘျါလၢအလီၤအီၤ, နီၣ်အမ့ၢ်တၢ်ကူၤစါယါဘျါဘၣ်ထွဲနီၣ်ခိက့ၢ်ဂီၤ (physical therapy), တၢ်ကူၤစါ ယါဘျါဘၣ်ထွဲနီၣ်ခိက့ၢ်ဂီၤတၢ်ဟူးဂဲၤ (occupational therapy) မ့တမ့ၢ် တၢ်ကူၤစါယါဘျါလၢတၢ်ကတိး(speech therapy) န့ၣ်ခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်

၅. မ့ၢ်န့ၣ်လိာ်ဘၣ်တၢ်ဟ့ၣ်က့ၣ်ဟ့ၣ်ဖး မ့တမ့ၢ် တၢ်ယါဘျါ တၢ်ကီၢ်ခဲလၢတၢ်ဒိသ့ၣ်ပာ်သး, တၢ်ကီၢ်ခဲလၢသးအတၢ်ဂဲၤ, မ့တမ့ၢ် စဲၤခဲလၢ တၢ်ဟးလၢခိၣ်, တၢ်ကတိးမ့တမ့ၢ်လၢတၢ်ဟူးဂဲၤတဖၣ်လၢဖိသၣ်လၢအသးအိၣ်တန့ၣ်ယီမၤသ့ခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်

န့ၣ်မ့ၢ်ယုထာ "မ့ၢ်" ဆူတၢ်သံက့ၢ်တဖၣ်တမံၤမံၤ(၁-၅)လၢထူးအံၤန့ၣ်- မ့ၢ်တၢ်ကီၢ်ခဲအံၤယံာ်ထၢ မ့တမ့ၢ် တၢ်ဆိမိၣ်တယာ်လၢကယံာ်အစ့ၤကတၢ် ၁၂ လါခါ. မ့ၢ် တမ့ၢ်

မ့ၢ်န့ၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်လၢတဘၣ်လိာ်ဒီးသ့ၣ်ထံတမံၤမံၤခါ. (အဒိး, ကသံၣ်ကသီ, တၢ်အိၣ်တၢ်အီၤ, ရီၤဘးအထူး(လၢၣ်ထဲး), အဂ့ၤအကၤ.) မ့ၢ် တမ့ၢ်

မ့ၢ်အိၣ်န့ၣ် ဖဲလဲၣ်တကလုာ်လဲၣ်. _____

န့ၣ်လၢဒီးပုၤတၢ်န့ၣ်ဖိဒီး မဲကသံၣ်သရၣ်ခါ. မ့ၢ်, လၢတန့ၣ်အတီၢ်ပုၤ မ့ၢ်, လၢအပူၤကွၢ်တန့ၣ် နီတဘျီ

န့ၣ်ဖိအမဲကသံၣ်သရၣ်အမံၤ- _____

မ့ၢ်တၢ်အိၣ်ဒီးတမံၤမံၤလၢအဘၣ်ယးဒီးန့ၣ်လၢန့ၣ်အိၣ်ဒီးဒုးသ့ၣ်ညါပုၤခါ.

*တၢ်ကူၤစါယါဘျါလၢ န့ၣ်မိကဒီးန့ၣ်အီၤလၢတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးအံၤန့ၣ် အနီၣ်ပညိတမ့ၢ်တၢ်ယုထာလၢ တၢ်ကမၤအီၤလၢ တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအညိၣ်န့ၣ်မၤအသးအကီၢ်ဘၣ်. တၢ်ဟ့ၣ်က့ၣ်ဟ့ၣ်ဖးသပုၤပုၤလၢ န့ၣ်မ့ၢ်န့ၣ်မဲအတၢ်ဆူၣ်ကီၢ် (ဟံၣ်ဖိဖိမဲကသံၣ်သရၣ်) လၢတၢ်ကွၢ်ထွဲမဲထီၣ်လၢအပုၤယုၣ်ဒီးတၢ်မၤစီၣ်ထွဲ တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢတၢ်ဟ့ၣ်က့ၣ်ဟ့ၣ်ဖးမဲန့ၣ်မၤလၢပုၤတၢ်ကွၢ်ထွဲအတၢ်ရဲၣ်တၢ်ကျဲးလၢကီၢ်ပုၤတၢ်ဆိၣ်ဆူၣ်ဆိၣ်ချ့တကပၤန့ၣ်လီၤ.