

هِدِدٌ، دِسَمِهُ دِمُدَنَّتُ شَاءَ دِدُهُدِیٌ دِمُهِدِیٌ دِمُحِیْ دِیُعِیْ ۱۹۸۹ دِمَهِٰدگُدِمِهُ، دِهُدَنَّتَا شَاءَ دِنُهْنَا فِیدِلِه فَوَدَنْیِه خِدِیْنَا هِا هِدِبَدَنَا

نَتْعَ، هُدَنَتْمَ ﴿ هَذِهِ ثُمْ عُدُهُ تُنْهُ هَجُدُهِ ذِنْ سُورٍ شَعْ دِقِبِكُمْ سُورٍ هُ هُودِكُنْمُ:

- وچود دِبُعدِيْ دَهَامدِيْ سِهِه منهودِيهِ يَه دَمَد وِسِيهُ منهودِيْ مِجَوِسيْ مَا يَهِهُ منهوهِهُ مسمَه هَدوره دَسَمُودَهُ هِهُ دُومُمِيْ منهُ دُومُمِيْ عَلَا دُومُمِيْ
 - حوه حقع جُكمٌ دِدِعدٌ الْبُنَّ دِدَهِميُّ؛ ه

يَعْهُ فِرَهُونِهِ مِنْ مَنْعُهُ لِمُ هَنِي كِمْ هَنِي وَفِعَابُ مِهُدُقَهُ وَذِرَضِعَمْ دَمْكِهُ تَمِعَ وَهَذ يَكُمُ هُرَهُونِهِ مِنْ مُنْقَدُ فِهُ فِكُنْهُ كِمْ هَنِي وَفِعابُ مِهُدُقَهُ وَذِرَضِعَمْ دَمْكِ وَمَدْهُ فَ

ئَتَا فِحْصَوِيا مِنِ شَا جَمِهُوْيَا شَا جُمِعَا سِلَجُوْ جُلَفَا دِهُوبِ صَعَوَيَا، وَجَهَدُوْنَا جَمِهُوْيَا شَا جُرَفِعَمْ جَفَدَى جَيُعِيْرَ جَا صَجْهِا لَجُم صِعَتَهَا صَمُوسِكَا جَيْلَجُوْ. فِحَمُونِا مِنِ جَنَّتَا فِرَىوْفُنَاهِ صَعَبَسًا مِنِ جَفَدَى كَمُوبُ جُبِهِا جَنَّدَ شِلْجُوْ دِيْرًا مِثَا فَبِيهَ صَمُوهِا تَبْحَ فَجَدُا جَمِهُوْيَا شَا جُرَفُونَا جَمِهُوْيَا م

ئَتَهْ فِحْصَوِيهْ مِي هَهْ جَهْبَهُمْ دِيلَجُهِ يَح جُعَيْدُه حَصَّبُهُمْ دَعَبِهُمْ تَعِع يَكُنهُ دِعِهِدُتْه، مَسَهُ دِنْتَهُ فِحَيِّهُ قَدَع قَدَيْهِ كَمَهُم هَبِهِهُ دِينَاجُهِ وَمَدِّيهُ مِنْ جُعِيدُه حَصَّبُهُمْ دَعَبِهِمْ تَعِهَ يَكُنهُ دِعِهِدُتُهُ عَبِهُمُ عَلَى هُوكِينَهُ.

<u>سعتته</u> دهدبتد دهدنته	دۈمىيە دېدىيە مەنىيە مەمىيە
ع هر حمد کرد و هندگنده دهد کرد ده	جدیی (۲٪ ۲٪ خود ۱۳۶۶ دیا بین مین دور ۱۳۰۰ (۲٪ ۲٪ مین مین ۱۳۰۰ (۲٪ ۱۳۰۰ (۲٪ ۲٪ ۱۳۰۰ (۲٪ ۱۳۰ (۲٪ ۱۳۰ (۲٪ ۱۳۰۰ (۲٪ ۱۳۰۰ (۲٪ ۱۳۰۰ (۲٪ ۱۳۰ (۲٪
	هجم مرابع المرابع المر

بُته هِمقه (قَفَدَة) سَعَفُتَمَ حَلَّه سَمْ هَكَ 12 تَحْعَفُ فِيقَتُمْ فَعِدَدُ هُونَةً فِقَهُ وَبُه فَبِعَمْ حَكُم بَدَبِعَمْ وَذِكَتُهُ.



CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM

I, the <u>patient / legal guardian</u>, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.

I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.

I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.

Patient's Medicare number	Patient / legal guardian signature
Patient's full name	Full name of person signing (if not the patient)
	Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.