



ဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိတဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလီ
တတ်တယုအါထီဉ်တတ်အပူလုလုအါအါလီလီတုလီလီဟုတတ်ပျဲအလံတကွီဒီ

ယု၊ပုဆု၊ပုကွဲကဟုကယတ်တတ်လုအမိးသဲစး၊ဘီးဘဉ်သုညါယဝဲလုယဘဉ်တတ်ဒုးသုညါယု-

- ဘဉ်ယုတတ်ကုစါယါဘျူးလုတတ်ဟုတတ်လံအါမုတမုတတ်ကဟုအါစးထီဉ်လုမုနံအဝဲအံဒ်တတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလီလုဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိအမိလတ်အသီး၊
- ဘဉ်ယုတတ်ကုစါယါဘျူးအလဲလုအကလတ်၊ဒီး
- ဒ်တတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိအစုတတ်ပနီဉ်ယတ်အမိလတ်အသီးကျိဉ်စုမုအိဉ်လုလီဝဲတဝီ၊ယတဘဉ်တတ်ယုအါထီဉ်ယုတတ်အပူလုလုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတဖဉ်လုအအိဉ်လုတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလီလုဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိအမိလတ်အသီးဒီးယတဘဉ်ဟုတုလုအကလတ်လုယထီဉ်အပူလုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတဖဉ်အဂီၢ်အယိဘဉ်။

ယနုဟ်ယဲဒဉ်လုယု၊ပုဆုအိဉ်ဒီးစွဲးယတ်လုကမုနုသုဘဉ်မဲဂျာဝီအတတ်ဘျူးတတ်ဖျိလုအထီဉ်ဘးတတ်ဘျူးတတ်ဖျိအတတ်ပနီဉ်ယတ်အသီးန့ဉ်လီ။

ယနုဟ်ယဲဒဉ်လုတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိလုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတနီၤကအိဉ်ဒီးတတ်တြီယတ်တဖဉ်ဒီးဖိသည့်အမဲဂျာဝီအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိတဖဉ်အတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလီကျိဉ်ဘးတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုအကလတ်တနီၤန့ဉ်လီ။ယနုဟ်ယဲဒဉ်လုယကလီဉ်မုပုတတ်အလဲတဖဉ်လုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုတခါခါလုတတ်ကဟုဘးအါလုဖိသည့်အမဲအတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိအတတ်ရဲဉ်လီလီကျဲလီလီတဖဉ်လုယနီၤကစုန့ဉ်လီ။

ယနုဟ်ယဲဒဉ်လုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုအလဲကမုလီၤစုတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိအတတ်ပနီဉ်လုအအိဉ်ဝဲဒီးယကဘဉ်မုပုတတ်အလဲလုတတ်မုစါအတတ်ဖဲတတ်မုလုအကတဖဉ်တဘျီဖဲတတ်ဘဉ်ဘျူးဘဉ်ဖျိအံးလတ်ကွဲအခါလုယကစုန့ဉ်လီ။

ပုဆုအမဲဒီးခဲရဲအနီၢ်ဂံၢ်

ပုဆု၊ပုကွဲကဟုကယတ်တတ်လုအမိးသဲစးအစုဆဲးပနီဉ်

ပုဆုအမံးအလုအပု

ပုတကလုအဆဲးလီၤမံးတကအမံးအလုအပု
(မုတမုပုဆုအနီၢ်ကစုတဝီ)

မုနံး

လံာ်အဒိအံးတတ်သုအါသုတုလုဒ်ဉ်စဘဉ်ဃုသီစးထီဉ်တနုယိတတ်ဆဲးလီၤယတ်စုဆဲးပနီဉ်န့ဉ်လီ။



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, 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.