

ھجڙ٤ ڊسمبعي جيءَ ۽ جيمي ڊيميء کي جيج جنجي سندنيء مح محنيت مح محنيت محميد دمنيد ممنيء دمنيد محنيد محنيد محنيد م

نَتْعَ، هُدَنَتْمَ \ هَذِيدُتْمَ شَعَفُتُمُ هَجْدَهِدِه سِهِ، شَعْ دِفِيتُمْ سِهِ، هَمِدِكَمْ:

- ◄ حمه ذِدَجُعةَ دِعبِعةٌ سَكُهُ همِعذِبةٌ نُه دِيدٍ قُعتَهُ همِعذِبةٌ تَهُهُ سُهمُهُ همهِه هِدِدُهُ دِعهدُنيه
 - حوه حقع جَلَدَه وَدِعدُه فِيه جُوفِعهُ، حِسبُعُه حقيمهُ وجِد قَدَيتُه هَ كِيتُه دِلُعب؛ ه
 - جُدنُونَيْ قَنْ جَجَكُمْ دِيْعَهُدِيْ دِسمِعتمِدِيْهِ مِن نُهِيْهِ مِقْ فَجَكُمْ عُصد.

ئتهٔ فِحصویهٔ حی، شهٔ دِحمِدُیهٔ شهٔ جُحمِدهٔ سِکجَهٔ جُدُدهٔ دِهُوب هعمِیجِهٔ، فِدهِدِدُهٔ دِحمِدُیْ شهٔ دِخجنهٔ دِحَیهٔ دیکفیٔا چهٔ هخههٔ کبُد هِدبَنهٔ هموسِهٔهٔ دِسِکجهٔ، فِحصویهٔ حی، شهٔ دِنْهٔهٔ فِحرُوهُدُهٔ دِحمِدُهٔ حی، دِفَدی کهه، هبچهٔ دِنْدب سِکجَهٔ دیرا حیّهٔ کبیهٔ هموهیهٔ تباد هِدِدُهٔ دِحمِدُیهٔ شهٔ ذِدجُدهٔ دِحَدِهٔ دیکویْد.

ئَتَعْ فِحْصَوِيهْ حَدِيمَةُ دَحَيَّ حَبَ هِيَّدَةُ دَيَّحَ فَحَيَّ كَاهُ، هِي كِيتَعْ دِكَتِ دَفَيَكَ كَاهُ، كَبَعْ دَيْكُ هُوَدِيْ كَاهُ، كَيْتُ مِكْدَةً فَحَيْكِ كَاهُ، كَيْتُ مُكَاتِدًةً وَيَكُمْ فَعَرَى كَاهُ، كَيْتُ مُودِيَّةً مَنْ دَيْتُهُ فَعَيْكِ مُنْكِمْ يَعْدَ فَحَيْكِ كَاهُ، كَيْتُ مُودِيَّةً مَنْكُ مُنْكُمْ يَحْدُ عَبْهُمْ وَحَلُهُ مَصْدِهُمْ وَحَبْمِمْ تَهْمَ يَكُنَمُ وَمِهُوْتُهُمْ فَيْعَ مُنْكُمْ مُوفِيْكُمْ يَحْدُ مُومِكِيمَةً.

<u> هعیچ؛ دهدنج، دهدیچ؛</u>	دِدِْكَتْهُ وَهُدَكَتْهُ \ هَذِي شَعَهُ تَنْهُ وَدِّنَاهُ عَنْهُ عَنْهُ مَنْهُ مُنْهُ وَنَّهُ وَخُرِكُمْهُ مُن
ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	مك بك ١٤٠٠ وخيية (ي ١٤٠٤ وخية (ي ١٤٠٤ وغية (ي ١٤٠٤ وغية عبير)
	مبعومها

ېْنَعْ يَمْعَعْ (قەدھ) يَخْدُ دَقَىقَعْ صَلَبَمٌ تَحَدُ شِدِ نَـمَعَعْ عَبِيعَى دِينَكِهُ قَنَعْعْ مِنْهُ مَع دِخْدِعْ دِيْقِيْلاً.



CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE NON-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 on this day under the Child Dental Benefits Schedule;
- the likely cost of this treatment, including any out-of-pocket costs; and
- the billing and payment arrangements for the services.

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 the 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.

In addition to the out-of-pocket costs discussed, 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 must be completed on each day of service provision under the Child Dental Benefits Schedule.