

یہ فارم لے کر معالج دندان کے پاس جائیں

For Official Use Only		
Student's Last Name	Student's First Name	Birth Date (MM/DD/YYYY) ___/___/___
District Borough Number (Example: 12M345)		Office of Student Information Systems Number (OSIS)

1. محترم والدین یا سرپرست:

اسکول میں ___/___/___ کو آپ کے بچے کا دانت کا معائنہ ہوا ہے اور اسے دانت کی اضافی نگہداشت درکار ہے۔ براہ کرم یہ فارم لے کر اپنے بچے کے معالج دندان کے پاس جائیں۔ اگر آپ کو دانت سے متعلق بیمہ حاصل کرنے میں مدد درکار ہے تو اپنے بچے کے اسکول کے والدین ربط دہندہ سے بات کریں یا 311 پر کال کریں۔

دانت کا فوری علاج درکار ہے
اپنے بچے کو لے کر اگلے سات دنوں کے اندر معالج دندان کے پاس جائیں۔

دانت کا غیر فوری علاج درکار ہے
اگلے 30 دنوں کے اندر معالج دندان سے اپنے بچے کو دکھانے کو یقینی بنائیں۔ آپ دو میں سے ایک کام کر سکتے ہیں:

اپنے بچے کو اپنی کمیونٹی کے معالج دندان کو دکھائیں۔

--یا--

اسکول میں اپنے بچے کے دانت کی نگہداشت کروائیں۔ منسلک معلومات دیکھیں۔

2. Dentist:

A. Complete and sign the box below

- No treatment is necessary
- Treatment is in progress
- Treatment is complete

Dentist's Name (Print): _____ Phone: _____ - _____ - _____

Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Dentist's Signature: _____ Date: _____

B. Fax this form to the School-Based Dental Provider:

Name: _____

Fax Number: _____