



এই ফর্মটি দাঁতের ডাক্তারের কাছে নিয়ে যান

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. বাবা মা বা অভিভাবক:

____ / ____ / ____ তারিখে স্কুলে আপনার বাচ্চার একটি দন্ত পরীক্ষা করা হয়েছে এবং ওর দাঁতের অতিরিক্ত পরিচর্যা প্রয়োজন। অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি আপনার বাচ্চার দাঁতের ডাক্তারের কাছে নিয়ে যান। দাঁতের বিমা পাওয়ার ক্ষেত্রে আপনার সহায়তার প্রয়োজন হলে, স্কুলের পেরেন্ট কোঅর্ডিনেটরের সাথে কথা বলুন বা 311 নম্বরে ফোন করুন।

দাঁতের জরুরি চিকিৎসা প্রয়োজন

পরবর্তী সাত দিনের মধ্যে বাচ্চাকে দাঁতের ডাক্তারের কাছে নিয়ে যান।

জরুরি না হলেও দাঁতের চিকিৎসা প্রয়োজন

আপনার বাচ্চাকে পরবর্তী 30 দিনের মধ্যে অবশ্যই একজন দাঁতের ডাক্তারকে দেখানো নিশ্চিত করুন। তা না হলে আপনি:

আপনার বাচ্চাকে আপনার কমিউনিটি একজন দাঁতের ডাক্তারের কাছে নিয়ে যান।

--অথবা--

আপনার বাচ্চাকে স্কুলে দাঁতের পরিচর্যা করান। সংযুক্ত তথ্য দেখুন।

2. Dentist:

A. Complete and sign the box below

<input type="checkbox"/> No treatment is necessary
<input type="checkbox"/> Treatment is in progress
<input type="checkbox"/> 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: _____