

豁免口腔健康評估要求

如果您需要免除孩子的口腔健康評估要求，請填寫此表格。

簽署此表格並將其退還給學校，學校將予以保密。

第 1 部分：孩子資料 (由家長或監護人填寫)

孩子的名字：	姓氏：	中間名首字母：	孩子的出生日期： 月 - 日 - 年
地址：			公寓：
城市：			郵遞區號：
學校名稱：	老師：	年級：	孩子入園年份 四 位 數 年
家長/監護人名字：	家長/監護人姓氏：		孩子的性別 ☐ 男性 ☐ 女性
孩子的種族/民族：	☐ 白人 ☐ 黑人/非裔美國人 ☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 亞裔 ☐ 其他 (請註明) ☐ 美洲原住民 ☐ 多元種族 ☐ 夏威夷原住民/太平洋島民 ☐ 不詳		

下頁繼續

第 2 部分：僅當要求免除此要求時才由家長或監護人填寫

請允許我的孩子不參加評估，因為（勾選最能描述原因的方格）：

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 我找不到可以接受我孩子的牙科保險計劃的牙科診所。我孩子的牙科保險計劃是：

☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ 沒有
☐ 其他 _____ |
| ☐ | 我無力負擔我孩子的評估費用。 |
| ☐ | 我找不到時間去看牙醫（例如，無法下班、牙醫沒有方便的辦公時間）。 |
| ☐ | 我無法輕鬆去看牙醫（例如，沒有交通工具，位置太遠）。 |
| ☐ | 我不認為我的孩子會從評估中受益。 |
| ☐ | 其他（請具體說明上面未列出的原因，說明您為何為您的孩子尋求豁免此評估）： |

如果要求免除此要求：

► _____ 月 - 日 - 年
家長或監護人簽名 日期

法律規定學校必須對學生健康資訊保密。根據該法律，您孩子的姓名不會出現在任何報告中。這些資訊只能用於與您孩子的健康相關的目的。如果您有疑問，請致電您的學校。

請在您孩子第一學年的 5 月 31 日 之前將此 表格回饋給學校。

原件保存在孩子的學校記錄中。