



치과 검사 포기 양식

기입해 주십시오.

학생 이름: 성 이름		생일: (월/일/년) / /
주소: 거리 시 우편 번호		전화:
학교 이름:	학년	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
학부모 또는 보호자:	주소(학부모/보호자):	

다음과 같은 이유로 요구한 치과 검사를 받을 수 없습니다.

- 본인의 자녀는 무료 또는 할인 중식 프로그램에 등록되어 있고 개인 또는 공공 치과 보험(Medicaid/All Kids)에 가입되어 있지 않습니다.
- 본인의 자녀는 무료 또는 할인 중식 프로그램에 등록되어 있고 공공 보험(Medicaid/All Kids)을 받을 수 없습니다.
- 본인의 자녀는 Medicaid/All Kids에 등록되어 있지만 검사를 받고 Medicaid/All Kids를 이용할 수 있는 치과의사나 치과를 우리 지역에서 찾을 수 없습니다.
- 본인의 자녀는 어떤 종류의 치과 보험도 없으며 자녀가 검사를 받을 저렴한 치과가 우리 지역에 없습니다.

서명 _____

날짜 _____