



## Cidade de Fairfield

Fairfield, Connecticut 06824  
*Inscrição para limpeza de dente*

Fairfield Health Department  
725 Old Post Road

Telephone (203) 256-3020  
Fax (203) 256-3080

Para: Pais ou Responsáveis

De: Diretor de Saúde da Cidade de Fairfield

O Departamento de Saúde da Cidade de Fairfield oferece limpeza de dente e aplicação de fluor para todos os estudantes que se qualificarem de acordo com a condição financeira. A cidade oferece também ajuda de custo para estudantes que moram em Fairfield e que precisam de mais trabalho dentário. **Para Criança com Husky: ou título 19 Para Ser Aprovado pelo Departamento de Saúde de Fairfield, importante incluir os 9 dígitos do número do ID da criança.**

**Se o seu filho ou filha necessita** de limpeza de dente, aplicação de fluor ou outros serviços dentários, **preencha esse formulário e remeta para a enfermeira da escola** até \_\_\_\_\_. **TODOS OS DADOS TEM QUE SER PREENCHIDOS.**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

A sua criança sofre de alguma doença do coração ou necessita de antibiótico antes de qualquer trabalho dentário? \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Marque o que se aplicar: A criança tem: ID# \_\_\_\_\_ HUSKY Insurance  
ID# \_\_\_\_\_ Medicaid (Title 19)  
\_\_\_\_\_ Seguro Dental Privado  
\_\_\_\_\_ Nenhum acima

Você já se inscreveu em Medicaid (Title 19) ou HUSKY Insurance?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Forneça informação de renda e assine este documento. Você será notificado se a criança se qualificou para esse tratamento.

Renda anual da família \_\_\_\_\_ Número de pessoas na família \_\_\_\_\_

Eu dou permissão para que a criança acima receba limpeza de dente e tratamento com fluor por um especialista dentário na escola se ele/ela se qualificar para esse tratamento.

Assinatura do Pai ou Mãe ou Responsável \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Telefone durante o dia \_\_\_\_\_

DH-2-Portuguese June2009