



عنوان: _____

ما هو جنسك؟ ☐ أنثى ☐ ذكر ☐ المتحولين جنسيا ☐ آخر

النوع / خطة

- هل تحتاج إلى مساعدة في استخدام المزايا الخاصة بك؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير متاح
- هل تعاني حالياً من ألم أو تورم أو عدوى؟ ☐ نعم ☐ أو ☐ لا
- هل أنت مقيد بما يمكنك تناوله؟ ☐ نعم ☐ أو ☐ لا
- كيف تصف حالة فمك؟ ☐ جيد جداً ☐ جيد ☐ ☐ نزيه ☐ فقير ☐ لا أعرف ☐
- هل شعرت يوماً أن مظهر فمك وأسنانك أثر على نوعية حياتك؟ ☐ نعم ☐ أو ☐ لا

ما الذي يمنعك من رؤية طبيب الأسنان بانتظام؟

- ☐ النقل (التكلفة أو التوافر) ☐ تكلفة الأسنان (بدون تأمين أو الحد الأدنى من التأمين) ☐
- ☐ الموقع الريفي / عدم توفر مقدمي الخدمات العزل الشخصي ☐ ☐ خوف ☐ التنقل البدني والصحة
- كيف ستصل إلى موعدك الأول؟ ☐ أقود ☐ الاعتماد على صديق أو أحد أفراد العائلة ☐
- ☐ المواصلات العامة ☐ لست متأكدًا ☐ آخر _____

صحتك وعافيتك مهمة جداً بالنسبة لنا في SMILE ON 65+.

1. يواجه الكثير من الناس مشكلة في دفع ثمن أشياء مثل الطعام أو السكن أو المرافق أو النقل أو رعاية الأطفال. هل هذا مصدر قلق لك؟ ☐ نعم ☐ أو ☐ لا
- إذا كانت الإجابة "لا"، فانقل إلى السؤال #2. إذا كانت الإجابة بنعم، فانقل إلى السؤال #3.
2. في هذه الأيام يشعر الكثير من الناس بالوحدة. هل لديك أصدقاء أو عائلة قريبة يمكنك الاتصال بهم للحصول على المساعدة أو إذا كنت تشعر بالوحدة؟ ☐ نعم ☐ أو ☐ لا
- إذا يكن الأمر كذلك بنعم، فلا داعي لمزيد من الأسئلة. إذا كانت الإجابة بنعم، فانقل إلى السؤال #3.
3. يمكن لمنسقي صحة الأسنان المجتمعية لدينا ربطكم بالخدمات المتاحة، مثل الطعام والمواصلات والخدمات. هل ترغبون بالتحدث معهم؟ ☐ نعم ☐ أو ☐ لا
- إذا لم يكن الأمر كذلك، فلا داعي لمزيد من الأسئلة. إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإحالة المريض إلى مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDHC).

كيف تريد أن يتصل بك فريق SMILE ON 65+؟

نص _____ الهاتف ☐

☐

البريد الإلكتروني ☐

البريد ☐ أخرى ☐