

위원회 구성원

JACKIE GOLDBERG, 회장
KELLY GONEZ
DR. GEORGE J. MCKENNA III
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS
SCOTT M. SCHMERELSON



로스앤젤레스 통합 학군

행정 사무소

333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
전화: (213) 241-7000 | 팩스: (213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO

교육감

킨더가든 또는 1 학년에 등록된 LAUSD 학생의 부모/법적 보호자/교육권 보유자(부모)님께:

귀하의 자녀는 학교에서 면허를 소지한 치과 전문의 또는 등록된 구강건강 전문의에 의한 무료 현장 **치아 건강 검진** 기회를 가질 수 있습니다. 이 검진 행사의 목적은 자녀의 치과 치료 필요를 파악하고 치료를 받을 수 있도록 돕고, 학습에 영향을 주는 건강상 장애를 제거하는 것입니다. 자녀가 검사를 받고 긴급한 문제가 있는 것으로 밝혀지면 자녀는 편지와 함께 집으로 보내질 것입니다. 편지를 받은 경우에는 치과 의료기관을 방문하여 자녀가 평가를 받도록 하는 것이 중요합니다.

학교 치과 검진에 참여하면 다음과 같은 많은 이점이 있습니다:

- ✓ 결근할 필요가 없습니다.
- ✓ 귀하의 결근 또는 자녀(들)의 결석 수업일이 없습니다.
- ✓ 면허를 소지한 치과 전문의에 의한 **무료** 치과 검진입니다.
- ✓ 검진 중에는 도구가 사용되지 않습니다. 자녀의 이를 간단히 살펴볼 뿐입니다.
- ✓ 필요한 경우 **무료로** 치과 전문의를 추천해드립니다.



이러한 무료 치과 검진 행사에 대한 자세한 정보는 다음 QR 코드를 스캔하시거나 또는 <http://achieve.lausd.net/dentalscreening>을 방문하십시오.

자녀가 치아 건강 검진에 참여하길 원하신다면, **별도의 조치가 필요하지 않습니다.** 자녀의 이름, 생년월일, 학년, 학교 이름, 그리고 귀하의 이름, 전화번호, 주소가 검진을 진행하는 의료 전문가와 자동으로 공유될 것입니다.

만약 자녀가 치아 건강 검진에 참여하지 ***않기를*** 원하신다면, 이 편지의 하단 부분을 작성하여 **2024년 9월 13일(금요일) 까지** 귀하의 자녀가 다니는 학교로 제출해 주시기 바랍니다. 마감 기한 이후에 접수된 양식은 검진이 이루어질 수 있습니다.

자녀가 치아 건강 검진을 받지 **않기를** 원하신다면, 아래의 줄 바로 아래에 있는 양식을 작성하고 서명해 주시기 바랍니다.

학생 이름: _____ 생년월일: _____

저는 내 아이가 학교의 무료 현장 치과 검진에 참여하는 것을 **원하지 않습니다.**

*학부모 서명 _____ 날짜

***노숙자 학생의 경우** 캘리포니아 법에 따라 가족이 정보 공유에 **동의해야** 합니다. 만약 귀하의 자녀가 참여하기를 원하신다면, 아래 정보를 작성하고 이 양식의 사본을 **2024년 9월 13일 금요일까지** 귀하의 자녀의 학교에 보내 LAUSD가 면허를 소지한 의료 전문가와 정보를 공유하도록 승인할 수 있습니다.

*학부모 이름 _____

*학부모 서명 _____ 날짜

*학생이름 및 생년월일(월/일/년도) _____ 학교 이름