

委員會成員

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



洛杉磯聯合校區

行政辦公室
333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
電話：(213) 241-7000 | 傳真：(213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO
學監

尊敬的洛杉磯聯合校區 (LAUSD) 學生之家長/法定監護人/教育權利持有人 (家長)：

您孩子的學校可能有機會舉行免費的現場**眼科檢查**，檢查將由持執照的醫療保健專業人員負責進行。此次篩查活動的目的是確定您孩子的眼科需求，與護理資源建立連結，並為學習消除健康障礙。註：篩查活動是對《教育則例》第 49455 節規定的任何視力健康法律要求所作的補充，而不是替代。如果您的孩子在接受篩查後，發現存在緊急問題，您的孩子將被送回家，並提供一封信函。如果您收到一封信函，則您務必應當帶您的孩子至眼科保健服務提供者處進行評估。

參加學校的眼科篩查有眾多好處：

- ✓ 您不需要在工作日請假。
- ✓ 您不會錯過工作日，您的孩子也不會錯過上學日。
- ✓ 由持執照的專業人員**免費進行**眼科檢查。
- ✓ **免費**開具眼鏡處方 (如有需要)。

有關免費現場眼科檢查的更多資訊，請掃描此 QR 碼：

或造訪：<http://achieve.lausd.net/visionscreening>



如果您**希望**您的孩子接受**免費**的眼科檢查，則您**不需要採取進一步行動**。您孩子的姓名、出生日期、年級、學校名稱，以及您的姓名、電話號碼和地址將自動分享給負責進行篩查的保健專業人員。

如果您**不希望**您的孩子接受**免費**的眼科檢查，請填寫本信函的底部，並在**2024年9月13日 (星期五)**之前將本信函交回您孩子的學校。如果表格在此截止日期**之後**收到，可能會導致服務仍然提供。

如果您**不希望**您的孩子接受眼科檢查，則只需在這一行的正下方填寫並簽署表格。

學生姓名：_____ 出生日期：_____

我**不**希望讓我的孩子參加學校的免費現場眼科篩查。

*家長簽名 日期

*對於**無家可歸**的學生，根據加州法律，家庭**必須選擇參加**才能分享資訊。如果您希望您的孩子參加，您可以透過填寫以下資訊，並在**2024年9月13日 (星期五)**之前將此表格的副本寄至您孩子的學校，以授權 LAUSD 與持執照的醫療保健專業人員分享資訊。

*家長姓名 (工整填寫)

*家長簽名 日期

*學生姓名 (工整填寫) 和出生日期 (月/日/年) 學校名稱