

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



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
ADMINISTRATIVE OFFICES  
333 South Beaudry Avenue, 24<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, California 90017  
Հեռախոս՝ (213) 241-7000 | Ֆաքս՝ (213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO  
ՎԵՐԱԿԱՅՈՒ

ԼԱՄՐԾ-ի աշակերտի հարգելի ծնող/օրինական խնամակալ/կրթական իրավունքների կրող (ծնող)

Ձեր երեխայի դպրոցը կարող է հնարավորություն ունենալ տեղում անվճար **ԱՎՆԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ** անցկացնել լիցենզավորված բուժաշխատողի կողմից: Այս սրբինինգային միջոցառման նպատակն է բացահայտել երեխայի տեսողության կարիքները, կապ հաստատել բժշկական ծառայության հետ և վերացնել ուսման համար առողջական խոչընդոտները: Ծանոթագրություն. սրբինինգային միջոցառումները լրացնում են և չեն փոխարինում EC-ի Հոդված 49455-ով պահանջվող տեսողության առողջության վերաբերյալ իրավական պահանջներին: Եթե ձեր երեխան հետազոտվի և պարզվի, որ նա ունի հրատապ խնդիր, նրան կտրվի համապատասխան նամակ տուն տանելու համար: Եթե դուք նման նամակ ստանաք, կարևոր է, որ երեխային տանեք ակնաբուժության մասնագետի մոտ՝ հետազոտման համար:

Դպրոցում տեսողության սկրինինգին մասնակցելը բազմաթիվ առավելություններ ունի.

- ✓ Պետք չէ ազատ ժամեր վերցնել աշխատանքից
- ✓ Չկան բաց թողնված աշխատանքային կամ դպրոցական օրեր ձեր կամ երեխայի (երեխաների) համար
- ✓ Այժմ **ԱՆՎՃԱՐ** հետազոտություն լիցենզավորված մասնագետի կողմից
- ✓ Անհրաժեշտության դեպքում **ԱՆՎՃԱՐ** դեղատոմսով ակնոցներ



Այժմ անվճար գնումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք սկանավորել այս QR կոդը.

Կամ այցելեք <http://achieve.lausd.net/visionscreening>:

**Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան ակնաբուժական հետազոտություն անցնի, ՀԱՎԵԼՅԱԼ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՊԵՏՔ ՉԷ:** Երեխայի անունը, ծննդյան ամսաթիվը, դասարանը, դպրոցի անունը և ձեր անունը, հեռախոսահամարը և հասցեն ինքնաբերաբար կփոխանցվեն գնումն անցկացնող բուժաշխատող(ներ)ին:

**Եթե դուք \*ՉԵՔ\* ցանկանում, որ ձեր երեխան ստանա աչքի անվճար գնում, խնդրում ենք լրացնել այս նամակի ներքևի մասը և այն վերադարձնել դպրոց ոչ ուշ, քան ուրբաթ, սեպտեմբերի 13, 2024թ.:** Այս վերջնաժամկետից հետո ստացված ձևաթղթերը կարող են չկանխել ծառայությունների մատուցումը:

Լրացրեք և ստորագրեք ձևաթուղթը այս գծի տակ միայն այն դեպքում, եթե **չեք** ցանկանում, որ երեխան աչքի գնում անցնի:

Աշակերտի անուն, ազգանուն՝ \_\_\_\_\_ Ծնվ. \_\_\_\_\_

Ես **ՉԵՔ** ցանկանում, որ իմ երեխան մասնակցի դպրոցի տեսողության անվճար ստուգմանը:

\_\_\_\_\_  
\*Ծնողի ստորագրություն \_\_\_\_\_ Ըննաթիվ \_\_\_\_\_

**\*Անօթևան աշակերտների համար,** Կալիֆորնիայի օրենքի համաձայն, ընտանիքները **պետք է համաձայնեն** տեղեկատվության փոխանակումը: Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան մասնակցի, կարող եք թույլատրել ԼԱՄՐԾ-ին տեղեկատվություն տրամադրել լիցենզավորված բուժաշխատողին՝ լրացնելով ստորև բերված տվյալները և ուղարկելով այս ձևի պատճենը երեխայի դպրոց **ոչ ուշ, քան ուրբաթ, սեպտեմբերի 13, 2024թ.**:

\_\_\_\_\_  
\*Ծնողի անունը, ազգանունը տպատառերով \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*Ծնողի ստորագրություն \_\_\_\_\_ Ըննաթիվ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*Աշակերտի անունը, ազգանունը **և** ծննդյան ամսաթիվը (ամիս/օր/տարի) տպատառերով \_\_\_\_\_ Դպրոցի անվանում \_\_\_\_\_