

ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴՄՄՆԵՐ  
ՁԵԿԻ ԳՈՒԴԲԵՐԳ, ՆԱԽԱԳԱՀ  
ՔԵԼԻ ԳՈՆԵՍ  
ԴՈՎՏ. ՋՈՐՁ Զ. ՄԿԿԵՆՆԱ III  
ՆԻԿ ՄԵԼՎՈՒՆ  
ՏԱՆՅԱ ՕՐՏԻՉ ՖՐԱՆԿԼԻՆ  
ԴՈՎՏ. ՌՈՄԻՈ ՌԻՎԱՍ  
ՍՔՈՌ Մ. ՇՄԵՐԵԼՍՈՆ



ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍԻ ՄԻԱՅՅԱԼ ԳՊՐՈՑԱԿԱՆ  
ՇՐՋԱՆ  
ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԳՐԱՄԵՆՅԱԿՆԵՐ

333 South Beaudry Avenue, 24<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, California 90017  
<Լոսանջուս> (213) 241-7000 | <Ֆարս> (213) 241-8442

ԱԼԲԵՐՏՈ Մ.ԿԱՐՎԱԼՅՈՒՎ  
ՎԵՐԱԿԱՑՈՒ

ԼԱՄԴԵ-ի նախապատրաստական կամ 1-ին դասարանի աշակերտի հարգելի ծնող/օրինական խնամակալ/կրթական իրավունքների կրող (ծնող)

Ձեր երեխայի դպրոցը կարող է հնարավորություն ունենալ տեղում անցկացնել անվճար **ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՉՆՈՒՄ** նախապատրաստական կամ 1-ին դասարանի աշակերտների համար լիցենզավորված ատամնաբույժի կամ գրանցված ատամնաբույժական մասնագետի կողմից: Այս սրբինինգային միջոցառման նպատակն է բացահայտել երեխայի ատամնաբույժական կարիքները, կապ հաստատել բժշկական ծառայության հետ և վերացնել ուսման համար առողջական խոչընդոտները: 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 ատամնաբույժական մասնագետի մոտ՝ հետազոտման համար:

Դպրոցում ատամնաբույժական սկրինինգին մասնակցելը բազմաթիվ առավելություններ ունի.

- ✓ Դեռ քչե ազատ ժամեր վերցնել աշխատանքից
- ✓ Չկան բաց թողնված աշխատանքային կամ դպրոցական օրեր ձեր կամ երեխայի (երեխաների) համար
- ✓ **ԱՆՎՃԱՐ** ատամնաբույժական հետազոտություն լիցենզավորված ատամնաբույժի կողմից
- ✓ Սրբինինգի ժամանակ ոչ մի գործիք չի օգտագործվելու, պարզապես արագ նայելու են ձեր երեխայի ատամներին
- ✓ Անհրաժեշտության դեպքում **ԱՆՎՃԱՐ** ուղեգիր ատամնաբույժի մոտ



Այս անվճար ատամնաբույժական գնման միջոցառումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք սկանավորել այս QR կոդը. Կամ այցելեք <http://achieve.lausd.net/dentalscreening>:

**Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան մասնակցի ատամնաբույժական գնումին, 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 \*ՉԷՔ\* ցանկանում, որ ձեր երեխան անցնի ատամնաբույժական գնում, խնդրում ենք լրացնել այս նամակի ներքևի մասը և այն վերադարձնել դպրոց ոչ ոչ, քան ուրբաթ, հոկտեմբերի 6, 2023թ.:** Այս վերջնաժամկետից *հետո* ստացված ձևաթղթերը կարող են չկանխել ծառայությունների մատուցումը:

*Լրացրեք և ստորագրեք ձևաթուղթն անմիջապես այս տողի տակ միայն այն դեպքում, եթե չեք ցանկանում, որ երեխան ատամնաբույժական գնում անցնի:*



Աշակերտի անուն, ազգանուն՝ \_\_\_\_\_

Ես **ՉԷՄ** ցանկանում, որ իմ երեխան մասնակցի դպրոցի անվճար ատամնաբույժական ստուգմանը:

\_\_\_\_\_  
\*Ծնողի ստորագրություն

\_\_\_\_\_  
Անսպասելի

**\*Անօթևան աշակերտների համար,** Կալիֆորնիայի օրենքի համաձայն, ընտանիքները պետք է **համաձայնեն** տեղեկատվության փոխանակումը: Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան մասնակցի, կարող եք թույլատրել ԼԱՄԴԵ-ին տեղեկատվություն տրամադրել լիցենզավորված բուժաշխատողին՝ լրացնելով ստորև բերված տվյալները և ուղարկելով այս ձևի պատճենը երեխայի դպրոց ոչ ոչ, քան ուրբաթ, հոկտեմբերի 6, 2023թ.:

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

\_\_\_\_\_  
\*Ծնողի ստորագրություն

\_\_\_\_\_  
Անսպասելի

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

\_\_\_\_\_  
Դպրոցի անվանում