

ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐ
ՁԵԿԻ ԳՈՒԴՔԵՐԳ, ՆԱԽԱԳԱՀ
ՔԵԼԻԻ ԳՈՆԵՍ
ԴՈԿՏ. ԶՈՐԶ Զ. ՄԿԿԵՆՆԱ ՍԻ
ՆԻԿ ՄԵԼՎՈՒՆ
ՏԱՆՅԱ ՕՐՏԻԶ ՖԻԼՆԿԼԻՆ
ԴՈԿՏ. ՌՈՍԻՌ ՌԻՎԱՍ
ՍՔՈՌ Մ. ՇՄԵՐԵԼՍՈՆ



ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍԻ ՄԻԱՅՅԱԼ ԳՊՐՈՑԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ
ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿՆԵՐ
333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
<Լեռախոս՝ (213) 241-7000 | Ֆաքս՝ (213) 241-8442
ԱԼԵԿՏՐՈ Մ. ԿԱՐՎԱԼՅՈՒ
ՎԵՐԱԿԱՑՈՒ

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

Ձեր երեխայի դպրոցը կարող է հնարավորություն ունենալ տեղում անվճար **ԱԿՆԱՅԻՆ 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 տանելք 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
- ✓ Աչքի **ԱՆՎՃԱՐ** հետազոտություն լիցենզավորված մասնագետի կողմից
- ✓ Անհրաժեշտության դեպքում **ԱՆՎՃԱՐ** դեղատոմսով ակնոցներ



Աչքի անվճար զննումների 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 ԶԷ: Երեխայի անունը, ծննդյան ամսաթիվը, դասարանը, դպրոցի անունը և ձեր անունը, հեռախոսահամարը և հասցեն ինքնաբերաբար կփոխանցվեն զննումն անցկացնող բուժաշխատող(ներ)ին:

Եթե դուք **ԶԷՔ ցանկանում, որ ձեր երեխան ստանա աչքի անվճար զննում,** խնդրում ենք լրացնել այս նամակի ներքևի մասը և այն վերադարձնել դպրոց ***ոչ ուշ, 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 աչքի զննում անցնի:

Աշակերտի անուն, ազգանուն՝ _____

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

**Ծնողի ստորագրություն*

Անսաթիվ

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

**Ծնողի անունը, ազգանունը տպատառերով*

**Ծնողի ստորագրություն*

Անսաթիվ

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

Դպրոցի անվանում