

ԽՈՐՀՐԴԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐ
SCOTT M. SCHMERELSON, ՆԱԽԱԳԱՀ
KELLY GONEZ
KARLA GRIEGO
SHERLETT HENDY NEWBILL
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES
333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
<Էռաֆախս՝ (213) 241-7000 | Ֆաքս՝ (213) 241-8442
ALBERTO M. CARVALHO
ՎԵՐԱԿԱՑՈՒ

LAUSD-ի տեսողության զննման ծախսերի մասին հրաժարում

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

Ձեր երեխայի դպրոցը կարող է հնարավորություն ունենալ տեղում անվճար **ՏԵՍՏՈՂՈՒԹՅԱՆ ԶՆՆՈՒՄ** անցկացնել լիցենզավորված բուժաշխատողի կողմից: Այս սրբինինգային միջոցառման նպատակն է բացահայտել երեխայի տեսողության կարիքները, կապ հաստատել բժշկական ծախսերի 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
- ✓ 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/visioncreening>:



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 *ԶԵՔ* ցանկանում, որ ձեր երեխան անցնի տեսողության անվճար զննում, խնդրում ենք լրացնել այս նամակի ստորև բերված հատվածը և այն վերադարձնել դպրոց մինչև սեպտեմբերի երկրորդ շաբաթը: Այս վերջնաժամկետից հետո ստացված ձևաթուղթը կարող է չկանխել ծախսերի մասնագետի մատուցումը:

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

Աշակերտի անուն, ազգանուն՝ _____ Ծնվ. _____

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

*Ծնողի ստորագրություն

Ամսաթիվ

***Անօթևան աշակերտների համար,** Կալիֆորնիայի օրենքի համաձայն, ընտանիքները **պետք է համաձայնեն** տեղեկատվության փոխանակումը: Եթե ցանկանում եք, որ ձեր երեխան մասնակցի, կարող եք թույլատրել ԼԱՄՄԻ-ին տեղեկատվություն տրամադրել լիցենզավորված բուժաշխատողին՝ լրացնելով ստորև բերված տվյալները և ուղարկելով այս ձևի պատճենը դպրոց **նչ ուշ, քան սեպտեմբերի առաջին շաբաթը**:

*Ծնողի անունը, ազգանունը տպատառերով

*Ծնողի ստորագրություն

Ամսաթիվ

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

Դպրոցի անվանում