

위원회 구성원
SCOTT M. SCHMERELSON, 회장
KELLY GONEZ
KARLA GRIEGO
SHERLETT HENDY NEWBILL
NICK MELVOIN
TANYA ORTIZ FRANKLIN
DR. ROCÍO RIVAS



로스앤젤레스 통합 교육구
행정 사무소
333 South Beaudry Avenue, 24th Floor
Los Angeles, California 90017
전화: (213) 241-7000 | 팩스: (213) 241-8442

ALBERTO M. CARVALHO
교육감

LAUSD 시력 검사 거부 동의서

LAUSD 학생의 부모/법적 보호자/교육권 보유자(부모)님께,

귀하의 자녀는 학교에서 면허를 소지한 의료 전문의에 의한 무료 현장 **안과 검진** 기회를 가질 수 있습니다. 이 검진 행사의 목적은 자녀의 시력 필요 사항을 파악하고 치료를 받을 수 있도록 돕고, 학습에 영향을 주는 건강상 장애를 제거하는 것입니다. 참고: 검진 행사는 EC 조항 49455에서 요구하는 시력 건강에 관한 법적 요건을 보완하며 이를 대체하지는 않습니다. 자녀가 검사를 받고 긴급한 문제가 있는 것으로 밝혀지면 자녀는 편지와 함께 집으로 보내질 것입니다. 편지를 받은 경우에는 안과 전문의를 방문하여 자녀가 검사를 받도록 하는 것이 중요합니다.

학교 안과 검진에 참여하면 다음과 같은 많은 이점이 있습니다:

- ✓ 결근할 필요가 없습니다.
- ✓ 귀하의 결근 또는 자녀(들)의 결석 수업일이 없습니다.
- ✓ 면허를 소지한 치과 전문의에 의한 **무료** 치과 검진입니다.
- ✓ 필요 시 **무료** 처방 안경 제공

무료 현장 안과 검진에 대한 자세한 정보는 다음 QR 코드를 스캔하시거나 다음 웹사이트를 방문하시기 바랍니다: <http://achieve.lausd.net/visionscreening>.



자녀가 안과 건강 검진에 참여하길 원하신다면, **별도의 조치가 필요하지 않습니다**. 자녀의 이름, 생년월일, 학년, 학교 이름, 그리고 귀하의 이름, 전화번호, 주소가 검진을 진행하는 의료 전문가와 자동으로 공유될 것입니다.

귀하의 자녀가 무료 시력 검사를 ***받지 않기를*** 원하시는 경우, 이 양식의 아래 부분을 작성하여 **9월 둘째 주까지** 자녀의 학교로 제출해 주십시오. 양식이 해당 기한 **이후**에 접수된 경우 검사가 진행될 수 있음을 알려드립니다.

자녀가 안과 건강 검진을 받지 않기를 원하신다면, 아래의 줄 바로 아래에 있는 양식을 작성하고 서명해 주시기 바랍니다.

학생 이름: _____ 생년월일: _____

저는 내 아이가 학교의 무료 현장 안과 검진에 참여하는 것을 원하지 **않습니다**.

*학부모 서명

날짜

***홀리스 학생의 경우, 캘리포니아 주법률에 따라 가족이 정보를 공유하는 데 동의(opt-in)해야 합니다. 자녀가 시력 검사에 참여하기를 원하시는 경우, 아래 정보를 작성하시고 이 양식의 사본을 9월 첫째 주까지 자녀의 학교에 제출하여 LAUSD가 면허 소지의 의료 전문가와 정보를 공유할 수 있도록 승인해 주시기 바랍니다.**

*학부모 이름

*학부모 서명

날짜

*학생이름 및 생년월일(월/일/년도)

학교 이름

For Office Use Only: To input Information into MiSiS -> Miscellaneous tab -> Health Screening->Scroll Middle of Page- External Partner Dental (select from drop down menu)-Opt-in