

যদি আপনি আপনার সন্তানকে একজন চক্ষু বিশেষজ্ঞ (অপ্টোমেট্রিস্ট) দ্বারা পরীক্ষা
করাতে চান, তাহলে এই ফর্মটি পূরণ করবেন না।

প্রিয় পিতামাতা/অভিভাবক,

অফিস অভ স্কুল হেলথ আনন্দের সাথে প্রি-K, K, এবং 1 গ্রেডের শিক্ষার্থীদের জন্য বিনা খরচে দৃষ্টি পরীক্ষা এবং চক্ষু বিশেষজ্ঞের (অপ্টোমেট্রিস্ট) পরিশেষা অফার করছে। প্রাথমিক দৃষ্টি পরীক্ষা চোখের চার্ট এবং অন্যান্য সরঞ্জাম ব্যবহার করে শিক্ষার্থীরা কাছে এবং দূরের জিনিস কতটা ভালো দেখতে পায় তা মূল্যায়ন করে, এবং আরও ব্যাপক চোখের পরীক্ষার প্রয়োজন আছে কিনা তা নির্ধারণে সহায়তা করে। যদি শিক্ষার্থী পরীক্ষায় পাস না করে, সেক্ষেত্রে তাকে একটি পরবর্তী পরীক্ষার জন্য অনসাইট চোখের ডাক্তারের কাছে পাঠানো হবে। এই পরীক্ষাটি কোনো কিছু প্রবেশ না করিয়ে করানো হয় (নন-ইনভেসিভ)—পরীক্ষার সময় শিক্ষার্থীর চোখে কোনো সরঞ্জাম অথবা চোখের ড্রপ ব্যবহার করা হবে না।

আপনার সন্তানের স্কুলে _____ তারিখ একজন চোখের ডাক্তার আসবেন। যদি প্রয়োজন হয়, ডাক্তার চশমার জন্য প্রেসক্রিপশন দেবেন, এবং প্রোগ্রামের একজন স্টাফ সদস্য আমাদের চুক্তিবদ্ধ ভেভরের কাছ থেকে যথাযথ ফ্রেম বেছে নিতে সহায়তা করবেন। পরীক্ষার ফলাফল আপনাকে প্রদান করা হবে এবং কিছু ক্ষেত্রে, ডাক্তার একটি সামগ্রিক চোখের পরীক্ষার জন্য সুপারিশ জানাতে পারেন।

যেহেতু চোখ পরীক্ষা চ্যান্সেলরের প্রবিধান A-701 দ্বারা বাধ্যতামূলক করা হয়েছে, সেজন্যে শিক্ষার্থীরা একটি চোখের পরীক্ষা পাবার যোগ্য এবং সেটি লাভ করবে। তবে, পিতামাতা এবং অভিভাবকগণ নিচের অংশ পূরণ করে এবং এই ফর্মটি সন্তানের স্কুলে জমা দিয়ে বিনা খরচের দৃষ্টি পরীক্ষা থেকে নাম প্রত্যাহার করতে পারেন। যদি ফর্মটি ফেরত না পাঠানো হয়, তাহলে শিক্ষার্থী বিনা খরচের চোখের ডাক্তারের পরীক্ষা এবং সুপারিশ করা হলে চশমাও পাবে।

আপনার যদি এই কর্মসূচি সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে, তবে আপনি ফলো-আপ ইউনিটের সুপারভাইজার মার্সিয়া রড্রিগেজ-কে (Marcia Rodriguez), 718-786-5154 নম্বরে (ইংরেজি/স্প্যানিশ) অথবা 855-771-3937 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

আন্তরিকভাবে,

টমাস ফেল্যান (Thomas Phelan)

ডিরেক্টর, স্কুল হেলথ ভিশন প্রোগ্রামস্

দৃষ্টি পরীক্ষার প্রোগ্রাম
সম্পর্কিত আরও তথ্য জানতে,
QR কোডটি স্ক্যান করুন।



আমি চাই না আমার সন্তান কোনো কিছু প্রবেশ না করিয়ে (নন-ইনভেসিভ) করানো এই দৃষ্টি পরীক্ষা গ্রহণ করুক এবং DOHMH ভিশন প্রোগ্রাম থেকে সুপারিশকৃত ফ্রি চশমা নিক।

শিক্ষার্থীর নাম _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____ দিনের বেলার ফোন নম্বর _____ স্কুল: _____