NYC Health Department | Public Schools

اگر آپ چاہتے ہیں کہ آپ کے بچے کا معائنہ آنکھوں کے ماہر (آپٹو میٹرسٹ) کے ذریعے کروایا جائے،

عزیز والدین/ سرپرست،

اسکول کے دفترِ صحت کو خوشی ہے کہ وہ گریڈز پری کنڈرگارٹن، کنڈرگارٹن اور 1 کے لیے بینائی کی جانچ اور آپٹو میٹری کی خدمات بلامعاوضہ فراہم کر رہا ہے۔ بینائی کی ابتدائی جانچ میں یہ دیکھا جاتا ہے کہ طلباء قریب اور دور کی اشیاء کو کس حد تک صاف دیکھ سکتے ہیں۔ اس مقصد کے لیے آنکھوں کے چارٹ اور دیگر آلات استعمال کیے جاتے ہیں تاکہ یہ طے کیا جا سکے کہ آیا انہیں مکمل آنکھوں کے معائنے کی مزید ضرورت ہے یا نہیں۔ اگر کوئی طالب علم بینائی کی جانچ میں کامیاب نہیں ہوتا، تو اس کا مزید معائنہ اسکول میں موجود آنکھوں کے ڈاکٹر سے کروایا جائے گا۔ یہ معائنہ غیر جراحی (non-invasive) ہوتا ہے—اس معائنے کے دوران طالب علم کی آنکھوں میں نہ کوئی آلہ ڈالا جائے گا اور نہ ہی کوئی قطرے ڈالے جائیں گے۔

ایک آنکھوں کا ڈاکٹر ____________ کو اسکول میں موجود ہوگا۔ اگر ضرورت ہوئی، تو ڈاکٹر نظر کا چشمہ تجویز کرے گا، اور پروگرام کا عملہ ہمارے معاہدہ شدہ ادارے سے مناسب فریم منتخب کرنے میں مدد کرے گا۔ معائنے کے نتائج آپ کو فراہم کیے جائیں گے اور بعض صورتوں میں، ڈاکٹر آنکھوں کا مکمل تفصیلی معائنہ تجویز کر سکتا ہے۔

چونکہ بینائی کی جانچ چانسلر ضابطہ A-701 کے تحت لازمی قرار دی گئی ہے، اس لیے طلباء اس جانچ کے اہل ہیں اور بینائی کی جانچ کروائی جائے گی۔ تاہم، والدین اور سرپرست آنکھوں کے اس بلامعاوضہ معائنے سے انکار کر سکتے ہیں جس کے لیے انہیں نیچے کے حصے میں دیے گئے فارم کو مکمل کروا کے اپنے بچے کے اسکول کو واپس جمع کروانا ہو گا۔ اگر فارم واپس نہیں کیا گیا، تو طالب علم کو آنکھوں کے ڈاکٹر سے بلامعاوضہ معائنہ کیا جائے گا اور تجویز کرنے پر چشمہ فراہم کیا جائے گا۔

اگر اس پروگرام کے بارے میں آپ کے کوئی سوالات ہیں تو، Marcia Rodriguez فالو اپ یونٹ نگران، سے 718-5154786 (انگلش/ ہسپانوی) یا - 855-771-3937 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔

بینائی پروگرام کے بارے میں مزید معلومات حاصل کرنے کے لیے، QR کوڈ اسکین کریں۔

بخلوص،

Thomas Phelan

ڈائریکٹر، اسکول بینائی صحت پروگرام

میں نہیں چاہتا کہ میرا بچہ DOHMH بینائی پروگرام کے ذریعے بلا معاوضہ غیر جراحی بینائی کی جانچ اور مجوزہ بلامعاوضہ چشمہ موصول کرے۔

طالب علم کا نام____

والدین / سرپرست کا نام____

والدین / سرپرست کے دستخط____

تاریخ __________ دن کا فون نمبر ______________________ اسکول ______________

T-39952 Passive Consent (Urdu)
Rev: 01-15-2026

2026-27SY