



**যদি আপনি আপনার সন্তানকে কোনো একজন অপ্টোমেট্রিস্ট
দ্বারা পরীক্ষা করাতে চান,**

প্রিয় পিতামাতা/অভিভাবক,

অফিস অভ স্কুল হেলথ বিনাখরচে দৃষ্টি পরীক্ষার সুযোগ এবং অপ্টোমেট্রিস্ট পরিষেবা প্রদান করতে পেরে আনন্দিত। প্রাথমিক দৃষ্টি পরীক্ষায় চোখের চার্ট এবং অন্যান্য যন্ত্রপাতি ব্যবহার করে মূল্যায়ন করা হয় শিক্ষার্থীরা কাছে এবং দূরের জিনিস কতটা ভালো দেখতে পায়, আরও অধিক ব্যাপক চোখের পরীক্ষার প্রয়োজন আছে কিনা সেটি নির্ধারণে সহায়ক হয়। যদি শিক্ষার্থী পরীক্ষায় পাস না করে, সেক্ষেত্রে তাকে একটি পরবর্তী পরীক্ষার জন্য অনসাইট চোখের ডাক্তারের কাছে পাঠানো হবে। এই পরীক্ষাটি নন-ইনভেসিভ (আঘাত-প্রাপ্ত হতে পারে এমন নয়) - অর্থাৎ পরীক্ষার সময় শিক্ষার্থীর চোখে কোনো যন্ত্রপাতি বা চোখের ড্রপ প্রয়োগ করা হবে না।

আপনার সন্তানের স্কুলে _____ তারিখে একজন চোখের ডাক্তার আসবেন। যদি দরকার হয়, ডাক্তার চশমার জন্য প্রেসক্রিপশন দেবেন, এবং প্রোগ্রামের একজন কর্মী আমাদের চুক্তিবদ্ধ ভেন্ডরের কাছ থেকে যথাযথ ফ্রেমটি বেছে নিতে সহায়তা দেবেন। 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 মোতাবেক আবশ্যিক, তাই শিক্ষার্থীরা একটি চোখের পরীক্ষা পাবার যোগ্য এবং সেটি লাভ করবে। তবে, পিতামাতা এবং অভিভাবকগণ নিচের অংশ পূরণ করে এই ফর্ম সন্তানের স্কুলে জমা দিয়ে বিনাখরচের চোখ পরীক্ষা থেকে নাম প্রত্যাহার করে নিতে পারেন। যদি ফর্মটি ফেরত না পাঠানো হয়, তাহলে শিক্ষার্থী বিনাখরচের চোখের ডাক্তারের পরীক্ষা এবং সুপারিশ করা হলে চশমাও পাবে।

যদি কোনো শিক্ষার্থী ইতোমধ্যে একজন চোখের ডাক্তারের পরিষেবাধীন থাকে এবং আপনি চান সে এক জোড়া চশমা লাভ করুক, তাহলে অনুগ্রহ করে 347-396-8965 নম্বরে ফ্যাক্স করে বা Eyefax2@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করে একটি হালনাগাদ প্রেসক্রিপশনের কপি পাঠিয়ে দেবেন।

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

বিনীত,

থমাস ফেল্যান

(Thomas

Phelan)

ডিরেক্টর, স্কুল হেলথ ভিশন প্রোগ্রামস্

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



আমি চাই না আমার সন্তান চোখের ভেতরে কিছু না দিয়ে (নন-ইনভ্যাসিভ) করা এই দৃষ্টি পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করুক এবং DOHMH ভিশন প্রোগ্রাম থেকে সুপারিশকৃত ফ্রি চশমা নিক।

শিক্ষার্থীর নাম _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____ দিনের বেলার ফোন নম্বর _____ **স্কুল:** _____