



Public Schools | Health Department

Office of School Health

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ, ЧТОБЫ РЕБЕНОК ПРОШЕЛ ОСМОТР У ОПТОМЕТРИСТА, ЗАПОЛНЯТЬ ФОРМУ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

Уважаемый родитель/опекун!

Отдел школьного здравоохранения (Office of School Health Vision Program) рад предложить бесплатную проверку зрения и оптометрические услуги. Первичная проверка зрения позволяет оценить, насколько хорошо учащиеся видят предметы вблизи и на расстоянии, использование оптометрических таблиц и другого оборудования помогает определить, требуется ли более комплексное обследование глаз. Если проверка укажет на недостатки зрения, учащийся получит направление к офтальмологу на повторный осмотр. Осмотр неинвазивный – глазные капли и инструменты не применяются.

Глазной врач посетит школу _____. В случае надобности врач пропишет очки, а сотрудник программы поможет ребенку выбрать оправу у контрактного поставщика. Результаты обследования предоставляются родителям; в некоторых случаях врач может рекомендовать полное комплексное обследование зрения.

Поскольку проверка зрения является обязательной в соответствии с Распоряжением директора Департамента образования A-701, школьники имеют право и получают бесплатную проверку зрения. Родители и опекуны могут отказаться от бесплатной проверки зрения, заполнив отрывную часть и вернув в школу ребенка. Если форма не будет возвращена, ребенок пройдет бесплатный осмотра окулиста иб в случае надобности, получит очки.

Если ребенок уже находится под наблюдением окулиста и вы хотели бы, чтобы он получил бесплатную пару очков, отправьте копию обновленного рецепта по факсу 347-396-8965 или на имейл Eyefax2@health.nyc.gov.

С вопросами о программе обращайтесь к Marcia Rodriguez, руководителю секции контроля, по тел. 718-786-5154 (английский/испанский) или 855-771-3937.

С уважением,

Thomas Phelan

директор школьных программ проверки зрения

Дополнительная информация о программе по QR-коду.



Я НЕ хочу, чтобы мой ребенок принял участие в бесплатном неинвазивном осмотре и получил доступ к бесплатным очкам по программе проверки зрения DOHMH.

Имя и фамилия ребенка: _____

Имя и фамилия родителя/опекуна: _____

Подпись родителя/опекуна: _____

Дата _____ Телефон _____ ШКОЛА: _____