



**ЯКЩО ВИ ХОЧЕТЕ ЩОБ ВАШУ ДИТИНУ ОГЛЯНУВ ОКУЛІСТ,
НЕ РОБИТЬ ЗАПОВНІТЬ ФОРМУ.**

Шановний батько / опікун,

The Office of School Health (Відділ шкільної охорони здоров'я) з радістю пропонує безкоштовні послуги перевірки зору та оптометрії. Початкова перевірка зору оцінює, наскільки добре учні можуть бачити об'єкти зблизька та на відстані, використовуючи таблиці очей та інше обладнання, допомагаючи визначити, чи потрібен більш комплексний огляд зору. Якщо учень не пройде перевірку, він буде направлений до окуліста на місці для повторного огляду. Цей іспит є неінвазивним—під час іспиту в очі студента не потраплятимуть інструменти чи очні краплі.

Очний лікар буде в школі на _____. За потреби лікар випише окуляри, а співробітник програми допоможе підібрати правильну оправу від нашого контрактного постачальника. Результати обстеження будуть надані вам, і в деяких випадках лікар може порекомендувати повне комплексне обстеження очей.

Оскільки перевірка зору передбачена Chancellor Regulation A-701 (Постановою канцлера A-701), студенти мають право на перевірку зору та пройдуть її. Однак батьки та опікуни можуть відмовитися від безкоштовного огляду зору, заповнивши наведений нижче розділ і повернувши цю форму до школи вашої дитини. Якщо форму не повернути, студент отримає безкоштовне обстеження у офтальмолога та окуляри, якщо це рекомендовано.

Якщо студент уже перебуває під наглядом офтальмолога, і ви хочете, щоб він отримав безкоштовну пару окулярів, надішліть копію оновленого рецепта факсом на номер 347-396-8965 або електронною поштою на Eyefax2@health.nyc.gov.

Якщо у вас є будь-які запитання щодо програми, ви можете зв'язатися з Marcia Rodriguez, керівником підрозділу подальшої роботи, за номером 718-786-5154 (English/Español) або 855-771-3937.

повагою,

Томас Фелан

Директор, Шкільні програми перевірки зору

Щоб отримати більше інформації про програму Vision, відскануйте QR-код.



Я НЕ хочу, щоб моя дитина проходила безкоштовне неінвазивне обстеження у офтальмолога та отримувала рекомендовані безкоштовні окуляри через DOHMH Vision Program (Програма DOHMH Vision).

Ім'я учня _____

Ім'я батька/опікуна _____

Підпис батьків/опікуна _____

Дата _____ Денний номер телефону _____ ШКОЛА: _____