



자녀의 비전 프로그램 참여를 원하시면 이 양식을 작성하지 마십시오.

학부모/보호자님께,

스쿨 헬스 담당실 비전 프로그램은 무료 시력 검사를 실시하여 시력 스크리닝 기준을 충족하지 못한 학생들에게 무료 안경을 제공합니다. 검안의가 다음 날짜에 학교를 방문할 것입니다 _____.
이것은 비-외과적인 시력 검사입니다. 이 검사 시간 동안 어떤 기기나 안약도 사용되지 않을 것입니다. 검안의가 안경이 필요하다는 진단을 내린다면, 프로그램 직원이 계약을 맺은 업체로부터 자녀가 안경테를 선택하는 것을 도울 것입니다.

뉴욕시 보건 정신 위생청(DOHMH) 비전 프로그램을 통해 이들 서비스를 제공받지 않기를 원하신다면, 아래 부분을 작성하여 자녀분의 학교로 이 양식을 보내주십시오.

프로그램에 대해 궁금한 점은 팔로우업 유닛 슈퍼바이저인 Marcia Rodriguez 씨에게 전화 718-786-5154 (영어/스페인어) 또는 855-771-3937 로 문의하십시오.

안녕히 계십시오.

Thomas Phelan
스쿨 헬스 비전 프로그램, 디렉터 올림

저는 제 아이가 무료 비-외과적 시력 검사를 받고 DOHMH 비전 프로그램을 통해 무료 안경을 추천받는 것을 원하지 않습니다.

자녀 이름 _____

학부모/보호자 성명 _____

학부모/보호자의 서명 _____

날짜 _____ 주간 전화번호 _____

학교: _____