



家長/監護人：

視力篩查計劃：海倫凱勒基金會（Helen Keller International）的「紐約視力計劃」（New York Vision Program）將在這個月來到您子女的學校。「紐約視力計劃」與學校合作，為特定年級的學生提供視力方面的服務。這項視力篩查不能取代您的子女接受更全面眼睛檢查的必要性。

如果您不希望子女接受這項檢查，請在下方簽名，並將這封信交還給學校。如果您有任何問題或疑慮，請聯絡學校。

視力篩查過程：視力篩查計劃包括下面各項服務：

1. **首次視力篩查：**將由「紐約視力計劃」小組展開，檢查學生看近和看遠的視力。大部分學生將會合格通過這次篩查。
2. **眼科醫生進行視力評估：**如果學生在首次視力篩查中檢查出什麼問題，則醫生將另外進行一次視力評估，確定學生是否需要眼鏡並/或全面檢查。
3. **眼鏡：**如果學生需要戴眼鏡，則會為他/她提供一副眼鏡。眼鏡的選擇和分發將會在學校進行。
4. **視力檢查轉介：**如果您的子女需要更全面的視力檢查，您將會收到通知。如果您還沒有眼科醫生，我們鼓勵您聯絡您的醫療保險公司或健康計劃，找一名保險公司承保的醫生。我們也將給您提供您居住區域的一些醫生的名字。
5. **服務記錄：**學校的健康辦公室會保存一份您子女篩查的結果。

家長/監護人通知：如果您的子女領到眼鏡並且/或者需要去看本地醫生進行眼睛檢查，您會收到通知。我們鼓勵您密切注意子女的眼睛健康和視力。

聯絡資訊：如需要更多資訊或有任何疑問，請聯絡計劃專家 Francis Gipaya，寫電郵給 fgipaya@hki.org 或撥打 646-472-0331。

免責聲明：沒在下方簽名，則表示您允許子女參加「紐約視力計劃」並且接受這一免責聲明。免責聲明如下：您知道眼科醫生會進行有限的視力評估，而不是全面的眼睛檢查。這個有限的屈光檢查並不檢查眼睛的內部。這次評估的唯一目的是確定您的子女是否需要戴眼鏡。因此您同意：無論是眼科醫生還是海倫凱勒基金會都不能因為這次有限的視力評估未檢查出的任何由於眼睛疾病造成的傷害或損傷而承擔責任。

如果您不想讓子女參加檢查，才需要將此表交給學校：

我不准許我的子女_____參加「紐約視力計劃」。
(學生姓名)

家長簽名

日期

電話號碼

電子郵箱