



**학부모/보호자:**

**검안 프로그램:** Helen Keller International의 뉴욕 비전 프로그램(New York Vision Program)이 이번 달, 자녀의 학교를 방문합니다. 뉴욕 비전 프로그램은 각 학교 내에서 특정 학년 학생들을 대상으로 검안 서비스를 제공합니다. 그러나 이 시력 검사는 종합 안과 검진의 필요성을 대체하지는 못합니다.

*자녀가 본 프로그램에 참여하는 것을 원하지 않으시면 본 통지문 하단을 작성하여 학교에 제출하십시오.  
질문이나 우려가 있으시면 학교로 문의하십시오-*

**검안 절차 안내:** 본 검안 프로그램은 다음과 같은 서비스로 구성되어 있습니다:

1. **최초 시력검사**는 뉴욕 비전 프로그램 팀에서 실시하며, 이 때 학생들이 가깝고 먼 것을 볼 수 있는 능력을 확인합니다. 대부분의 학생들은 이 단계에서 이상 없음으로 나타납니다.
2. **검안의에 의한 시력 평가:** 최초 시력 검사에서 문제가 있는 것으로 나타난 학생들을 대상으로 검안의가 추가 시력 평가를 실시하여, 이 학생에게 안경이 필요한지, 혹은 더 정밀한 검안이 필요한지 판단합니다.
3. **안경:** 학생에게 안경이 필요하면 제공될 것입니다. 안경 선택과 배부는 모두 학교에서 이뤄집니다.
4. **안과 검진 의뢰:** 자녀에게 보다 종합적인 검안 절차가 필요할 경우, 부모님께 통지됩니다. 평소 방문하는 검안의가 없을 경우, 의료보험 회사나 건강 플랜에 연락하여 귀하의 보험으로 커버되는 의사를 찾으실 것을 권장합니다. 저희도 또한 학생 가정 인근의 의사들을 알려드릴 것입니다.
5. **서비스 기록:** 학교 보건실에서는 자녀의 시력검사 결과 사본을 보관할 것입니다.

**학부모/보호자 통지:** 자녀가 안경을 받게 되거나, 정밀 검안을 위해 의사에게 갈 필요가 있을 경우 부모님께 통보됩니다.

저희는 부모님께서 자녀의 눈 건강과 시력에 관해 알고 계실 것을 권장합니다.

**연락처:** 추가 정보가 필요하시거나 질문이 있으시면 프로그램 스페셜리스트 Francis Gipaya 에게 이메일 [fgipaya@hki.org](mailto:fgipaya@hki.org) 또는 전화 646-472-0331 번으로 연락하십시오.

**면책:** 아래에 서명하지 않으시면 귀하는 자녀가 뉴욕 비전 프로그램에 참여하도록 **허락하고**, 이와 동시에 이 **면책사항**을 수락하는 것으로 간주됩니다. 면책 내용은 다음과 같습니다: 귀하는 본 프로그램의 검안의가 제한된 시력 검사를 실시할 뿐, 종합적인 안과검진을 하는 것은 아니라는 점을 알고 있습니다. 이 제한된 굴절 시력검사는 안구 내부까지 검사하지는 않습니다. 본 평가의 유일한 목적은 자녀에게 안경 필요 여부를 판단하는 것입니다. 그 결과, 본 시력평가의 한계를 감안할 때 여기에서 발견되지 않은 눈의 상태로 인하여 발생한 그 어떤 부상이나 손상에 검안의나 HKI 는 책임이 없다는 점에 귀하가 동의하는 것입니다.

**자녀가 참여하기를 응답증 약속 경우에만 본 양식을 제출하십시오:**

저는 제 자녀 \_\_\_\_\_(이)가 뉴욕 비전 프로그램에 참여하는 것을 **허락하지 않습니다.**

(학생 성명)

학부모 서명

날짜

전화번호

이메일