Department of Health and Mental Hygiene | Department of Education

Уважаемые родители/опекуны!

Программа проверки зрения. В этом месяце в школе будут работать специалисты программы New York Vision из организации Helen Keller International. Программа проводит проверку зрения учащихся определенных классов. Такая проверка не заменяет собой полное обследование зрения.

Если вы не хотите, чтобы ваш ребенок принимал участие в проверке зрения, поставьте подпись ниже и верните письмо в школу. Со всеми вопросами обращайтесь в школу.

Программа проверки зрения предоставляет следующие услуги:

1. В ходе первичного осмотра специалисты New York Vision проверяют остроту зрения. Большинство детей проходит эту проверку успешно.
2. Проверка зрения окулистом. Окулист проводит дополнительную проверку учащихся с отклонениями в зрении, выявленными в ходе первичного осмотра, чтобы определить, требуются ли ребенку очки и/или полное обследование.
3. Очки будут предоставлены нуждающимся в них учащимся. Подбор и выдача очков проводится в школе.
4. Направление на полную проверку зрения. Родители учащихся, нуждающихся в более полном обследовании глаз, будут уведомлены об этом. Если у вашей семьи нет своего окулиста, обратитесь в свою организацию медицинского страхования с просьбой подобрать специалиста. Мы также предоставим вам список специалистов, работающих в вашем районе.
5. Результаты проверки. Отдел школьного здравоохранения получит копию документа с результатами проверки зрения ребенка.

Уведомление родителей/опекунов. Вы получите уведомление в случае, если ребенку требуются очки и/или полное обследование у местного окулиста. Следите за зрением ребенка.

Контактная информация. С вопросами и за дополнительной информацией обращайтесь к Francis Gipaya, специалисту программы, по имейлу fgipaya@hki.org или по тел. 646-472-0331.

Освобождение от ответственности. Неподписание вами этого письма ниже означает **ваше согласие** на участие ребенка в программе New York Vision и согласие с условиями **данного освобождения**. Освобождение от юридической ответственности. Вам известно, что окулист будет проводить оценку остроты зрения, а не полное глазное обследование. Она включает проверку рефракции и не является обследованием внутренней части глаза. Единственная цель проверки — определить потребность ребенка в очках. Как следствие, вы соглашаетесь с тем, что ни окулист, ни программа HKI не несут ответственности за травмы и повреждения, вызванные заболеваниями глаз, не обнаруженных во время проверки зрения ввиду ее ограниченного характера.

Верните форму, если *не хотите*, чтобы ребенок принимал участие в проверке зрения

Я **не разрешаю** своему ребенку, _____, принимать участие в проверке зрения по программе New York Vision.
Имя и фамилия ребенка

_____	_____	_____	_____
Подпись родителя	Дата	Телефон	Имейл