

السيدة(ة) الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر،

سيتم إجراء فحص بصر لطفلك في يوم _____، من طرف فريق فحص البصر التابع لإدارة الصحة والسلامة العقلية لمدينة نيويورك (DOHMH).

قد لا يكون هناك طبيب(ة) عيون متواجدة(ة) في المدرسة في ذلك اليوم لإجراء فحص كامل. ومع ذلك، فسيكون بإمكان طفلك اختيار إطار النظارة الذي يناسبه إذا أخفق في اجتياز فحص (فحوصات) البصر. النظارات الطبية مجانية ويتم توفيرها بواسطة البرنامج. إذا كان هناك طبيب(ة) متواجدة(ة)، فسيتم إرسال استمارة موافقة سلبية (Passive Consent Form) من طرف المدرسة قبل التاريخ (التواريخ) المذكورة أعلاه.

إذا لم أخفق طفلك في اجتياز الفحص ولم يكن هناك طبيب(ة) متواجدة(ة)، فسوف نقوم بتزويدك باستمارة تقرير فحص العين واستمارة التوصيات (Eye Report and Recommendations Form, E12s) ومنشور يتضمن المزيد من المعلومات حول المسائل المتعلقة بالبصر. لكي يتلقى طفلك هذه النظارة الطبية المجانية، يجب أن تطلب من طبيب العيون الخاص بك تعبئة الاستمارة (E12s) وإرجاعها إلينا. شكراً لتعاونك.

مع فائق الاحترام والتقدير،

Thomas Phelan

المدير، Thomas Phelan
البرامج المدرسية للصحة البصرية

مايو/ أيار 2024