



السيدة (ة) الوالدة(ة) / ولي(ة) الأمر:

برنامج الفحوصات البصرية: سوف يحضر برنامج مدينة نيويورك لفحص النظر (The New York Vision Program of Helen Keller International) إلى مدرسة طفلك هذا الشهر. يعمل برنامج فحص النظر بمدينة نيويورك (The New York Vision Program) ضمن المدارس لتوفير خدمات فحص النظر للأطفال في صفوف مستهدفة. فحوص النظر هذه لا تحل محل حاجتك لإجراء فحص شامل للعيون.

إذا لم تكن لديك رغبة في مشاركة طفلك في هذا البرنامج، يرجى تعبئة الاستمارة أدناه وإعادتها إلى المدرسة. إذا كان لديك أية أسئلة أو شواغل، نرجو الاتصال بالمدرسة.

**عملية الفحوصات البصرية:** يتكون برنامج الفحوصات البصرية من الخدمات التالية:

1. سيتم إجراء فحص النظر الأول بواسطة فريق برنامج (New York Vision Program) للتحقق من قدرة التلميذ(ة) على الرؤية القريبة والبعيدة. معظم التلاميذ سوف يجتازون هذا الفحص.
2. تقييم الرؤية من قبل طبيب العيون: بالنسبة للتلاميذ الذين يعانون من مشكلة في الفحص الأول، سيقدم الطبيب تقييم رؤية إضافي لتحديد ما إذا كان الطفل(ة) يحتاج إلى نظارات و/ أو فحص كامل.
3. النظارات الطبية: إذا كان التلميذ(ة) يحتاج إلى نظارات طبية، فسيتم توفير نظارة طبية له/ لها. سيحدث اختيار وتوزيع النظارات الطبية في المدرسة.
4. الإحالة لفحص العيون: إذا كان طفلك بحاجة إلى فحص عيون أكثر شمولاً، فستلقى إخطاراً بذلك. إذا لم يكن لديك طبيب عيون، فنحن نشجعك على الاتصال بشركة التأمين أو الخطة الصحية للعثور على طبيب مغطى بموجب منافعك التأمينية. سنقدم أيضاً أسماء الأطباء في منطقتك.
5. سجل الخدمة: سيكون لدى مكتب الصحة المدرسية نسخة من نتائج فحص طفلك.

**إخطار الوالدة(ة) / ولي(ة) أمر:** سيتم إخطارك إذا كان طفلك سيحصل على نظارة طبية و/ أو يحتاج إلى طبيب محلي لإجراء فحص للعيون. نحن نشجعك على أن تكون على دراية بصحة عيون طفلك ورؤيته.

**معلومات الاتصال:** اتصل بـ Francis Gipaya، اختصاصية البرنامج، عبر البريد الإلكتروني [fgipaya@hki.org](mailto:fgipaya@hki.org) أو على رقم الهاتف 646-472-0331 للمزيد من المعلومات أو إذا كان لديك أي أسئلة.

**إخلاء المسؤولية: الإخفاق في التوقيع أدناه يشير إلى أنك تمنح موافقتك على مشاركة طفلك في برنامج (New York Vision Program) وأنك تقبل إخلاء المسؤولية هذا.** يتضمن هذا الإخلاء للمسؤولية ما يلي: أنت تقر بعلمك بأن طبيب العيون سيجري تقييماً محدوداً للرؤية وليس فحصاً كاملاً للعين. هذا الفحص الانكساري المحدود لا يفحص العين من الداخل. الغرض الوحيد من هذا التقييم هو تحديد مدى حاجة طفلك للنظارة الطبية. نتيجة لذلك، أنت توافق على أنه لا يمكن تحميل طبيب العيون أو مؤسسة (HKI) المسؤولية عن أي إصابة أو أضرار تحدث بسبب أمراض العين والتي لم يتم العثور عليها نظراً لتقيود تقييم الرؤية هذا.

أعد هذه الاستمارة فقط إذا كنت لا ترغب في مشاركة طفلك:

أنا لا أوافق على مشاركة طفلي التلميذ(ة) \_\_\_\_\_ في برنامج مدينة نيويورك لفحص النظر  
(New York Vision Program) (اسم التلميذ(ة)).

البريد الإلكتروني

رقم الهاتف

التاريخ

توقيع الوالدة(ة)