



পিতামাতা/অভিভাবক:

দৃষ্টিশক্তি পরীক্ষার কর্মসূচি: হেলেন কেলার ইন্টারন্যাশনালের 'নিউ ইয়র্ক ভিশন' কর্মসূচিটি এই মাসে আপনার সন্তানের স্কুলে আসবে। 'নিউ ইয়র্ক ভিশন' কর্মসূচিটি উদ্ভিষ্ট গ্রেডের শিক্ষার্থীদের দৃষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা প্রদানের জন্য স্কুলে অভ্যন্তরেই কাজ করে। চোখের আরও বিশদ পরীক্ষার প্রয়োজন এই দৃষ্টিশক্তি পরীক্ষাটি স্থলাভিষিক্ত করে না।

আপনি যদি না চান যে আপনার সন্তান এই প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করবে, তবে অনুগ্রহ করে নিচে স্বাক্ষর করুন এবং স্কুলে ফেরত দিন। আপনার যদি প্রশ্ন বা উদ্বেগ থাকে, তাহলে স্কুলের সাথে যোগাযোগ করুন।

দৃষ্টিশক্তি পরীক্ষার পদ্ধতি: দৃষ্টিশক্তি পরীক্ষার প্রোগ্রামটিতে নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলো অন্তর্ভুক্ত রয়েছে:

1. শিক্ষার্থীদের কাছের এবং দূরের দৃষ্টি ক্ষমতা যাচাই করার জন্য নিউ ইয়র্ক ভিশন প্রোগ্রাম টিম প্রথম দৃষ্টিশক্তি পরীক্ষা করবে। বেশীরভাগ শিক্ষার্থী এই পরীক্ষা বা স্ক্রিনিংয়ে পাশ করবে।
2. চোখের ডাক্তার দ্বারা দৃষ্টিশক্তি মূল্যায়ন: যেসব শিক্ষার্থী প্রথম পরীক্ষা বা স্ক্রিনিংয়ে অসমর্থ হয়, তবে তার চশমা এবং/অথবা সম্পূর্ণ পরীক্ষা প্রয়োজন হবে কিনা তা নির্ধারণে একজন ডাক্তার অতিরিক্ত চোখের পরীক্ষা করবেন।
3. চশমা: যদি কোনো শিক্ষার্থীর চশমা প্রয়োজন হয়, তবে তাকে একটি প্রদান করা হবে। স্কুলে চশমা বাছাই এবং বিতরণ করা হবে।
4. চোখ পরীক্ষার জন্য রেফারেল: যদি আপনার সন্তানের চোখের পূর্ণঙ্গ পরীক্ষার প্রয়োজন হয়, তবে আপনাকে অবহিত করা হবে। যদি আপনার কোনো চোখের ডাক্তার না থাকে, তবে আপনার হেলথ ইনসুরেন্স (স্বাস্থ্য বিমা) কোম্পানি অথবা হেলথ প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করে আপনার বেনিফিটের অধীনের ডাক্তার খুঁজে বের করতে আমরা আপনাকে উৎসাহিত করছি। এছাড়াও আমরা আপনার এলাকার ডাক্তারদের নামের তালিকা প্রদান করবো।
5. পরিষেবার রেকর্ড: স্কুলের হেলথ অফিসে আপনার সন্তানের দৃষ্টি পরীক্ষার ফলাফলের একটি কপি থাকবে।

পিতামাতা/অভিভাবককে প্রজ্ঞাপন: যদি আপনার সন্তান চশমা গ্রহণ করে এবং/অথবা চোখ পরীক্ষার জন্য স্থানীয় ডাক্তারের কাছে যাবার প্রয়োজন হয় তবে আপনাকে অবহিত করা হবে। আপনার সন্তানের চোখের স্বাস্থ্য এবং দৃষ্টিশক্তি সম্পর্কে অবগত হতে আপনাদের উৎসাহিত করছি।

যোগাযোগের তথ্য: অতিরিক্ত তথ্য অথবা যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তবে প্রোগ্রাম স্পেশালিস্ট, মেলিন্ডা বার্কস্ (Melinda Birks)-এর সাথে, MBirks@hki.org ঠিকানায় অথবা 646-472-0340 নম্বরে যোগাযোগ করুন।

দায়মুক্তির বিবৃতি: নিচে স্বাক্ষর করতে ব্যর্থ হলে, ধরে নেয়া হবে যে আপনার সন্তানকে নিউ ইয়র্ক ভিশন প্রোগ্রামে অংশগ্রহণের জন্য আপনি **অনুমতি দিয়েছেন** এবং আপনি **এই দায়মুক্তির বিবৃতিতে অনুমোদন দিয়েছেন**। এই দায়মুক্তির বিবৃতি নিম্নলিখিত অনুযায়ী: আপনি স্বীকার করছেন যে, চোখের ডাক্তার সীমিত পর্যায়ে দৃষ্টির মূল্যায়ন করবেন এবং সম্পূর্ণ চোখের পরীক্ষা নয়। এই সীমিত পর্যায়ের প্রতিসরণ বা রিফ্র্যাক্টিভ পরীক্ষা চোখের অভ্যন্তর পরীক্ষা করে না। এই মূল্যায়নের একমাত্র উদ্দেশ্য হচ্ছে আপনার সন্তানের চশমার প্রয়োজন আছে কিনা সে সিদ্ধান্ত নেয়া। এর ফলে, আপনি সম্মতি দিচ্ছেন যে, এই সীমিত দৃষ্টি পরীক্ষায় ধরা পরেনি এমন কোনও চোখের সমস্যা থেকে সৃষ্ট আঘাত অথবা ক্ষতির জন্য চোখের ডাক্তার অথবা HKI -এর নিউ ইয়র্ক ভিশন প্রোগ্রাম দায়বদ্ধ নয়।

যদি আপনি না চান যে আপনার সন্তান অংশগ্রহণ করবে, তবে ফেরত দিন:

আমার সন্তান, _____-কে, নিউ ইয়র্ক ভিশন প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করতে আমি অনুমতি দিচ্ছি না।
(শিক্ষার্থীর নাম)

পিতামাতার স্বাক্ষর

তারিখ

ফোন নম্বর

ইমেইল