



যদি আপনি আপনার সন্তানকে এই দৃষ্টি পরীক্ষার (ভিশন) প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করতে চান, তবে আপনাকে এই ফর্মটি পূরণ করবেন না।

প্রিয় পিতামাতা/অভিভাবক,

অফিস অভ স্কুল হেলথ ভিশন প্রোগ্রাম যেসব শিক্ষার্থী আমাদের দৃষ্টি পরীক্ষায় ব্যর্থ হবে তাদের বিনামূল্যে চক্ষু পরীক্ষা ও চশমা দিচ্ছে। আপনার সন্তানের স্কুলে _____ তারিখে একজন চোখের ডাক্তার আসবেন। চোখে কোনো কিছু প্রবেশ না করিয়ে এই পরীক্ষা করা হবে। এই পরীক্ষা চলাকালে আপনার সন্তানের চোখে কোনো যন্ত্র ব্যবহার করা হবে না কিংবা কোনো ড্রপ দেয়া হবে না। আপনার ডাক্তার যদি চশমা নেয়ার পরামর্শ দেন, তাহলে কর্মসূচির একজন কর্মী আপনার সন্তানকে আমাদের চুক্তিবদ্ধ ভেডর থেকে ফ্রেম বেছে নিতে সহায়তা করবেন।

আপনি যদি না চান যে স্কুলে আপনার সন্তান DOHMH ভিশন প্রোগ্রাম থেকে এসব পরিষেবা লাভ করবে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের সেকশনটি পূরণ করে আপনার সন্তানের স্কুলে চিঠিটি ফেরত দিন।

আপনার যদি এই কর্মসূচি সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে, তবে আপনি ফলো-আপ ইউনিটের সুপারভাইজার মার্সিয়া রড্রিগেজ (Marcia Rodriguez)-কে, 718-786-5154 নম্বরে (ইংরেজি/স্প্যানিশ) অথবা 855-771-3937 নম্বরে ফোন করতে পারেন।

বিনীত,

থমাস ফেল্যান (Thomas Phelan)

ডিরেক্টর, স্কুল হেলথ ভিশন প্রোগ্রামস্

আমি চাই না আমার সন্তান চোখে কোনো কিছু প্রবেশ না করিয়ে করানো এই দৃষ্টি পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করুক এবং DOHMH ভিশন প্রোগ্রাম থেকে সুপারিশকৃত ফ্রি চশমা নিক।

সন্তানের নাম _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____ দিনের ফোন নম্বর _____

স্কুল: _____