



**ՇԱՐԺԱԿԱՆ ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ**

Հարգելի՛ ծնող/խնամակալ,

«Vision To Learn»-ը շահ չհետապնդող կազմակերպություն է, որը երեխաներին անվճար առաջարկում է տեսողության ստուգում և ակնոցներ: «Vision To Learn»-ը կրեքի իր շարժական տեսողական խնամքի կլինիկան Ձեր երեխայի դպրոց՝ տեսողության ստուգում և ակնոցներ առաջարկելով այն երեխաներին, ովքեր դրա կարիքն ունեն: Եթե կցանկանաք թույլ տալ Ձեր երեխային մասնակցել «Vision To Learn» ծրագրին, խնդրում ենք լրացնել և ստորագրել այս ձևաթուղթը: Լրացրած ձևը վերադարձրեք դպրոցի գրասենյակ:

**Ձեր երեխայի մասնակցությունը ծրագրին անվճար է:**

**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԳՐԵԼ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ.**

<u>ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԼԸՍՅՆԵԼ՝</u>	
Երեխայի անունը <input style="width:90%;" type="text"/>	Երեխայի ազգանունը <input style="width:90%;" type="text"/>
Երեխայի ծննդյան ամսաթիվը.    Ամիս                      Օր                      Տարի <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <span>/</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <span>/</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div>	Երեխայի սեռը (խնդրում ենք ընտրել մեկը). <input type="checkbox"/> ԱՐԱԿԱՆ <input type="checkbox"/> ԻԳԱԿԱՆ
Ծնող/ Խնամակալ անուն <input style="width:90%;" type="text"/>	Ծնողի/Խնամակալի ազգանուն <input style="width:90%;" type="text"/>

**ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ.**

Փողոցի հասցե՝	Շենք/ Բն.՝	Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստ. ինդեքս՝
Հեռախոսահամար՝	Արտակարգ իրավիճակների հեռ.՝	Էլ. հասցե՝		

**ԴՊՐՈՑԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ.**

Դպրոցի անունը՝	Ուսուցչի անունը՝
Դասարան՝	Դասասենյակ՝

**ԿԱՍԸՆՏՐԱԿԱՆ՝**

**ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ**

Երեխան ունի Medi-Cal

Մատակարար (չբջանակի մեջ նշել մեկը) <input type="checkbox"/> L.A. CARE <input type="checkbox"/> HEALTHNET	I.D. համար՝
--	-------------

Երեխան ունի մասնավոր ապահովագրություն

Մատակարար՝	I.D. համար՝
------------	-------------

Երեխան չունի ապահովագրություն

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝ ես համաձայն եմ թույլ տալ իմ երեխային խնամքի ծառայություններ ստանալ «Vision to Learn»-ի շարժական տեսողական կլինիկայից, եթե իմ երեխային չհաջողվի ստուգել իր տեսողությունը: Հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ մերժել «Vision To Learn»-ի կողմից տրամադրված ցանկացած ծառայություն, և որ ինքնակամ ընտրում եմ, որ իմ երեխան ստանա տեսողության ծառայությունները: Հասկանում եմ, որ «Vision to Learn»-ի շարժական տեսողական կլինիկայի կողմից ծառայություններ ստանալը չի որակագրվի ինձ՝ իմ ապահովագրության կողմից տեսողական խնամքի ծառայություններ ստանալուց: Համաձայն եմ և հրաժարվում եմ դպրոցի դեմ ցանկացած և բոլոր բողոքներից, որոնք կարող են առաջանալ «Vision To Learn»-ի ծրագրում իմ երեխայի մասնակցությունից: Իմ ստորագրությունը նշանակում է, որ կարդացել և հասկացել եմ այս կամավոր «Համաձայնության և թույլտվության» ձևը և համաձայն եմ դրա դրույթներին:

Այո, թույլ եմ տալիս իմ երեխային ստուգվել «Vision To Learn»-ի կողմից:

Ծնողի/Խնամակալի ստորագրություն. \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ. \_\_\_\_\_

Ոչ, թույլ չեմ տալիս իմ երեխային ստուգվել «Vision To Learn»-ի կողմից: