



# 流動視力服務 同意書和責任免除表

親愛的家長/監護人：

視力學習(Vision To Learn)是一個非盈利機構，免費為孩子們提供視力檢查和眼鏡。Vision To Learn會將流動視力護理診所帶到您孩子的學校，為需要的孩子提供視力檢查和眼鏡。如果您想允許您的孩子參加“Vision To Learn計劃”，請填寫並簽署此表。將填妥的表格交回學校辦公室。

您的孩子參加該計劃不會產生任何費用。

**請用印刷體填寫或打字填寫：**

<b>必填：</b>			
孩子的名： <input style="width: 90%;" type="text"/>	孩子的姓： <input style="width: 90%;" type="text"/>		
孩子的出生日期： 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / 日 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	兒童性別 (請勾選一項): <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
家長/監護人的名： <input style="width: 90%;" type="text"/>	家長/監護人的姓： <input style="width: 90%;" type="text"/>		

### 聯繫資訊：

街道地址：	單元/公寓：	城市：	州：	郵編：
電話：	緊急電話：	電郵：		

### 學校資訊：

學校名稱：	教師姓名：
年級：	班級：

### 可選填：

### 保險資訊：

孩子有 Medi-Cal

提供商(請圈出): <input type="checkbox"/> L.A. CARE <input type="checkbox"/> HEALTHNET	身份證號碼：
---------------------------------------------------------------------------------	--------

孩子有私人保險

提供商：	身份證號碼：
------	--------

孩子無保險

簽署此表格即表明，如果我的孩子視力檢查不合格，我同意允許我的孩子通過Vision to Learn的流動視力診所接受醫療服務。我瞭解我有權拒絕Vision To Learn提供的任何服務，但我自願選擇讓我的孩子接受視力服務。我瞭解通過Vision to Learn的移動視覺診所接收視力服務不會使我喪失通過我的保險獲取視力醫療服務的資格。我同意放棄對所有針對我孩子入讀學校的索賠，該索賠可能來自我的孩子參與的Vision To Learn計劃。我的簽名表明，我已閱讀並理解此自願同意和免除責任表，並同意其條款。

是，我同意我的孩子接受Vision To Learn的檢查。

家長/監護人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

不，我不同意我的孩子接受Vision To Learn的檢查。

11611 San Vicente Blvd. Suite 500, Los Angeles, CA 90049 (800) 485-9196 傳真: (213) 402-5261 VisionToLearn.org