Vision To Learn
Focus on the Future

MOBILE VISION SERVICES
CONSENT AND RELEASE FORM

친애하는 학부모/보호자께,

Vision To Learn은 무료로 아동에게 시력 검사 및 안경을 제공하는 비영리 단체입니다. Vision To Learn은 자녀의 학교에 이동식 시력 클리닉을 가져와 자녀가 필요로 시력 검사 및 안경을 제공합니다. 자녀가 Vision to Learn 프로그램에 참여할 수 있는 권한을 부여하려면 이 양식을 작성하고 서명하십시오. 작성한 서식을 학교 사무실로 반송하십시오.

자녀가 프로그램에 참여하는 데는 비용이 들지 않습니다.

정자로 기입하거나 타이프치십시오:

필수 사항:

자녀의 이름: 자녀의 성:

자녀의 생년월일: 월 / 일 / 년도

자녀의 성별 (한 곳에 표시하십시오): ☐ 남 ☐ 여

부모/보호자의 이름: 부모/보호자의 성:

연락 정보:

도로 주소: Unit/ Apt:	시:	주:	우편번호:
전화번호:	긴급 전화번호:	Email:	

학교 정보:

학교명:	교사의 성명:
학년:	교실:

선택사항:

보험 정보:

☐ 아동은 메디-칼이 있습니다

제공자 (한 곳에 동그라미치십시오): ☐ L.A. CARE ☐ HEALTHNET	I.D. 번호:

☐ 아동은 사설 보험이 있습니다

제공자:	I.D. 번호:

☐ 아동은 보험이 없습니다

이 양식에 서명함으로써, 자녀가 시력 검사를 통과하지 못하면, 본인은 Vision to Learn의 이동 시력 클리닉을 통해 우리 아이가 관련 서비스를 받을 수 있도록 동의합니다. 본인은 Vision To Learn에서 제공하는 서비스를 거부할 권리가 있음을 인정합니다. 그러나 자녀가 시력 서비스를 받을 있도록 자발적으로 선택합니다. Vision To Learn의 이동식 시력 클리닉을 통해 시력 서비스를 받았다고 해도, 내 보험을 통해 시력 캐어 서비스에 대한 자격을 박탈하지 않음을 이해합니다. 본인은 자녀가 Vision to Learn 프로그램에 참여함으로써 생길 수 있는 자녀가 참여한 학교에 대한 모든 청구를 면제하는 것에 동의합니다. 본인의 서명은이 자발적인 동의 및 면제서을 읽고 이해했으며 이런 조항에 동의함을 보여줍니다.

☐ 예. 본인은 자녀가 Vision To Learn에서 검사받는 것을 허락합니다.

부모/보호자의 서명: _____ 날짜: _____

☐ 아니오, **본인은 자녀가** Vision To Learn에서 검사받은 것을 **허락하지 않습니다**

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