

구강 건강 평가 요건 면제

자녀의 구강 건강 평가 요건에 대한 면제가 필요한 경우 이 양식을 작성해 주세요.
 이 양식에 서명하고 학교에 제출하면 기밀로 유지됩니다.

섹션 1: 자녀의 정보(학부모 또는 보호자가 작성)

자녀의 이름:	성:	중간 이니셜:	자녀의 생년월일: 월월 - 일일 - 년년년년
주소:			아파트:
시:		우편번호: 	
학교 이름:	교사:	학년:	자녀가 유치원을 시작하는 해 년 년 년 년
학부모/보호자 이름:	학부모/보호자 성:		자녀의 성별 <input type="radio"/> 남성 <input type="radio"/> 여성
자녀의 인종/민족:	<input type="radio"/> 백인 <input type="radio"/> 아메리카 원주민 <input type="radio"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="radio"/> 다인종 <input type="radio"/> 히스패닉/라티노 <input type="radio"/> 하와이 원주민/태평양 섬 주민 <input type="radio"/> 아시아인 <input type="radio"/> 알 수 없음 <input type="radio"/> 기타(명시해 주세요)		

다음 페이지에서 계속

**섹션 2: 이 요건으로부터의 면제를 요청하는 경우에만 학부모
또는 보호자가 작성해야 합니다**

다음과 같은 이유로 본인의 자녀를 평가에서 제외해 주세요(이유를 가장 잘 설명하는 확인란에 체크표시하세요):

<input type="checkbox"/>	본인은 자녀의 치과 보험 플랜을 받는 치과를 찾을 수 없습니다. 자녀의 치과 보험은 다음과 같습니다: <input type="checkbox"/> 메디-캘(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/>	본인은 자녀의 평가 비용을 감당할 수 없습니다.
<input type="checkbox"/>	본인은 치과에 갈 시간을 낼 수 없습니다(예: 직장에서 휴가를 낼 수 없거나 치과 업무 시간이 맞지 않는 경우).
<input type="checkbox"/>	본인은 치과에 쉽게 갈 수 없습니다(예: 교통편이 없거나 너무 멀리 떨어져 있는 경우).
<input type="checkbox"/>	본인은 자녀가 평가를 통해 혜택을 누릴 수 있다고 생각하지 않습니다.
<input type="checkbox"/>	기타(자녀에 대한 이 평가 면제를 요청하는 이유에 대해 위에 나열되지 않은 이유를 명시해 주세요):

이 요건으로부터의 예외를 요청하는 경우:

_____ 월월 - 일일 - 년년년년
▶ **학부모 또는 보호자 서명** **날짜**

법에 따르면 학교는 학생의 건강 정보를 비공개로 유지해야 합니다. 이 법에 따라 자녀 이름은 어떤 보고서에도 포함되지 않습니다. 이 정보는 자녀의 건강과 관련된 목적으로만 사용될 수 있습니다. 질문이 있으시면 학교에 전화해 주세요.

이 양식은 늦어도 자녀의 첫 학년도 5월 31일까지 학교에 제출해 주세요.

원본은 자녀의 학교 생활기록부에 보관됩니다.