



**ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍԻ ՄԻԱՅՅԱԼ ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ
ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ**

ARMENIAN

Մտոյի տեղեկություն. Քննարկում է ամբողջովին լրացնել և ստորագրել, որտեղ նշված է: Մեծ շտապ օգնության դեպքում, դա ուս. խորհրդի որոշումն է պահել աշակերտներին դպրոցում երանց ապահովության համար: Այս ձևը պետք է օգտագործվի ուս. կազմի կողմից, երբ աշակերտները գնում են տուն: Քննարկում է լրացնել կամ մաքուր տպագրել և վերադարձնել լրանված ձևը դպրոց:

ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ԱԶԳԱՆՈՒՄ		ԱՆՈՒՆ		ՄԻՋՆԻՄԱԼ	
ՄԱՆՆԱԿԱԿԱՆ ԹՎԱԿԱՆ	<input type="checkbox"/> ԱՐԱԿ. <input type="checkbox"/> ԻԳԱ.	ԴՄԱՄԱՐԱՆ	ՏԱՆ ԼԵՋՈՒՆ		
ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ՏԱՆ ՀԱՍՑԵՆ - ՀԱՄԱՐԸ	ՓՈՂՈՑԸ	ԲԱՄԿ. #	ՔԱՂԱՔԸ	ԿՈՂԸ	
ՓՈՍՏԱՑՈՒՆ ՀԱՍՑԵՆ - ՀԱՄԱՐԸ (Եթե ՏԱՐԲԵՐ է ԿԵՆՏՐՈՆԻԹ)	ՓՈՂՈՑԸ	ԲԱՄԿ. #	ՔԱՂԱՔԸ	ԿՈՂԸ	
ՄԱՐԴԻ / ՕՐԻՆԱԿԱՆ ԽԱՄԱՍԱՐԻ ԱԶԳԱՆՈՒՄ	ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ		ԱՊՐՈՒՄ Է ՈՐԵՎԷ ՄԵԿԻ ՀԵՏ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ՀԱՍՑԵՆ - ՀԱՄԱՐԸ	ՓՈՂՈՑԸ	ՔԱՂԱՔԸ		ԿՈՂԸ	
ԿԱՊ ՀԱՍՏԱՏՈՂ ՄԱՐԿԱՆՑ ՀԱՄԱՐՆԵՐԸ	Նշել, թե որ համարով պետք է զանգահարել տեղեկություն թողնելու համար.		ԷԼԵԿ. ՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵՆ		
ՏԱՆ	ՇՏԱՊ ՕԳՆՈՒԹ.	<input type="checkbox"/> Տաև	<input type="checkbox"/> Ձեռքի հեռ.	<input type="checkbox"/> Աշխատանք	
ՁԵՆՔԻ ՀԵՆ.	ՀԱՃԱՄՈՒՄ	<input type="checkbox"/> Տաև	<input type="checkbox"/> Ձեռքի հեռ.	<input type="checkbox"/> Աշխատանք	
ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ՀԵՆ.	ԸՆԴ. ՏԵՂԵԿ.	<input type="checkbox"/> Տաև	<input type="checkbox"/> Ձեռքի հեռ.	<input type="checkbox"/> Աշխատանք	
ՄԱՐԴԻ / ՕՐԻՆԱԿԱՆ ԽԱՄԱՍԱՐԻ ԱԶԳԱՆՈՒՄ	ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ		ԱՊՐՈՒՄ Է ՈՐԵՎԷ ՄԵԿԻ ՀԵՏ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ՀԱՍՑԵՆ - ՀԱՄԱՐԸ	ՓՈՂՈՑԸ	ՔԱՂԱՔԸ		ԿՈՂԸ	
ԿԱՊ ՀԱՍՏԱՏՈՂ ՄԱՐԿԱՆՑ ՀԱՄԱՐՆԵՐԸ	Նշել, թե որ համարով պետք է զանգահարել տեղեկություն թողնելու համար.		ԷԼԵԿ. ՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵՆ		
ՏԱՆ	ՇՏԱՊ ՕԳՆՈՒԹ.	<input type="checkbox"/> Տաև	<input type="checkbox"/> Ձեռքի հեռ.	<input type="checkbox"/> Աշխատանք	
ՁԵՆՔԻ ՀԵՆ.	ՀԱՃԱՄՈՒՄ	<input type="checkbox"/> Տաև	<input type="checkbox"/> Ձեռքի հեռ.	<input type="checkbox"/> Աշխատանք	
ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ՀԵՆ.	ԸՆԴ. ՏԵՂԵԿ.	<input type="checkbox"/> Տաև	<input type="checkbox"/> Ձեռքի հեռ.	<input type="checkbox"/> Աշխատանք	
Դիմելու համար. Հավաստի դեպքում, եթե չկարողանաք ինձ հետ կապվել անհրաժեշտության դեպքում, դուք իրավունք ունեք ինձ հետ կապ հաստատելու, եթե անհաժեշտ է, թողնելու իմ երեխային հետևյալ պատճառով.					
ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ՏԱՆ ՀԵՆՈՒՄՈՍ	ՁԵՆՔԻ ՀԵՆՈՒՄՈՍ	ԱՇԽ. ՀԵՆՈՒՄՈՍ	
ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ՏԱՆ ՀԵՆՈՒՄՈՍ	ՁԵՆՔԻ ՀԵՆՈՒՄՈՍ	ԱՇԽ. ՀԵՆՈՒՄՈՍ	
ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ՏԱՆ ՀԵՆՈՒՄՈՍ	ՁԵՆՔԻ ՀԵՆՈՒՄՈՍ	ԱՇԽ. ՀԵՆՈՒՄՈՍ	
Նշել քննակիցի մյուս անդամների անունները, որոնք հաճախում են դպրոց.					
ԱԶԳԱՆՈՒՄ	ԱՆՈՒՆ	ՏՈՒՆ	ԴՄԱՄԱՐԱՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	
ԱԶԳԱՆՈՒՄ	ԱՆՈՒՆ	ՏՈՒՆ	ԴՄԱՄԱՐԱՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	

STUDENT'S LAST NAME

FIRST NAME

MIDDLE INITIAL

ՎԱԿԵՐԱՑՈՒՄ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Ներքոստորագրյալները, որպես _____ երեխայի ծնող/օրինական խանամատար,
(Տպագրել աշակերտի անունը այստեղ)

սույնով թույլատրում են դիմելու ինչպես նաև տեղակալին, թե ում է երեխան վստահվում և համաձայնում X-ձեռնգրված ճանապարհների քննության համար, հոգեկան վիճակի, բժշկական կամ վիրահատության ախտորոշման, բուժման և հիվանդանոցի խնամքի համար, պետք է տալ աշակերտին բժշկի կամ ատամնաբույժի խորհրդի ժամանակ: Հասկանալի է, որ թույլատրությունը տրվում է նախօրոք որևէ մի ախտորոշման, բուժման, կամ հիվանդանոցի խնամքի համար, որը տալիս է թույլատրություն Լոս Անջելեսի Միացյալ Դպրոցական Շրջանին ("District"), հաստիկ համաձայնություն որևէ մի և բոլոր նման ախտորոշման, բուժման և հիվանդանոցի խնամքի համար, որտեղ իրավունք ունեցող բժիշկը կամ ատամնաբույժը անհրաժեշտ են: Այս թույլատրությունը տրվում է Կալիֆորնիա Նահանգի Ոս. Կողմի Մաս 49407-ին, և մնալու է համաձայնության մեջ մինչև դրա չեղյալ հայտարարելը գրավոր և պետք է տրվի ուս. շրջանին: Ես հասկանում եմ, որ ուս. շրջանը, իր պաշտոնյաները և իր աշխատողները հանձն չեն արձևում որևէ մի պատասխանատվություն աշակերտի փոխադրամիջոցի համար: Ես նույնպես հասկանում եմ, որ հիվանդանոցի փոխադրամիջոցի բոլոր արժեքները, հիվանդանոցում տեղավորվելը, և որևէ մի քննության, X-ձեռնոց ճանապարհների քննությունը կամ բուժումը, որ տվում է այս թույլատրություն հետ միասին, պետք է լինի իմ միակ պատասխանատվությունը, որպես աշակերտի ծնող/խանամատար:

ԱՌՈՂՁՈՒԹՅԱՆ ՏԱԳՆԱՊ -- Նշել որևէ մի բժշկական վիճակ, որը սահմանափակում է ֆիզիկական ակտիվությունը կամ պահանջում է հատուկ ուշադրություն: Գրել պայմանները, ինչպես ասթման և այլն, ինչպես սինոքոն և մեղրի խայթոց: Եթե դրանք չկան, խնդրվում է նշել «ոչ մի»:

ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ՈՒՆՆԱԿԱՆ ԱՌՈՂՁԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ (Նշել մեկը) ԱՅՈ ՈՉ՝ Եթե՝Այո՞. Մասնավոր առողջական ապահովագրություն Medi-Cal Առողջ քննակիցներ

MEDI-CAL / ԱՌՈՂՁ ԸՆՏԱՆՔՆԵՐԻ ID Համարը _____

1. ՄԱՍՆԱԿՈՐ ԱՌՈՂՁԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳ. ԱՆՈՒՆ	ԽՄԲԻ ՀԱՄԱՐԸ	2. ՄԱՍՆԱԿՈՐ ԱՌՈՂՁԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳ. ԱՆՈՒՆ (Եթե փակում է մեկից ավելի պլաններ)	ԽՄԲԻ ՀԱՄԱՐԸ
---------------------------------------	-------------	--	-------------

ԲԺՇԿԻ ԱՆՈՒՆ / ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՐԱՄԵՆՅԱԿ	ԲԺՇԿԻ ՀԵՆՈՒՄՈՍԻ ՀԱՄԱՐԸ / ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՐԱՄԵՆՅԱԿ
----------------------------------	---

*Եթե երեխան ներկայումս չունի որևէ մի առողջական ապահովագրություն, տեղեկությունը անվճար կամ ցած գներով առողջության խնամքի ծրագրերը հնարավոր են, զանգահարելով ուս. շրջանի անվճար հեռախոսի համարով 1(866) 742-2273.

ԻՄ ԵՐԵՄԱՆ ԱԼԵԳՐԱՆ ՈՒՆԻ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԴԵՐԵՐԻ ՀԱՆԻԳ

ԻՄ ԵՐԵՄԱՆ ՆԵՐԿԱՑՈՒՄՍ ԽՄՈՒՄ Է ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԴԵՐԵՐԸ

ԵՍ ՀԱՎԱՍՏԻՑԱՆՈՒՄ ԵՍ, ՈՐ ԵՍ ԿԱՐԿԱՑԵԼ ԵՎ ՀԱՄԿԱՑԵԼ ԵՍ ՍՅՈՒՑԱԿԱՆ ՍԱԼԻՄ ԵՍԻ ԹՈՒԳԱՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ ԱՇԽԱՏՈՒՄԻ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԵՎ ԲՈՒՆՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ, ՈՐ ԵՍ ՏԿԵԼ ԵՍ ԱՅՍ ՁԵՎԻ ՎՐԱ, ԿԻՇՏ ԵՎ ՍՏՈՒԹՅՈՒՆ:

x _____ ԹՎԱԿԱՆ

ՏԿՅԱԼ ԱՆՁԻ ԱՍՏՈՂԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ: ՆԵԼ ՄԵԿԸ ՄԱՐԴ ՕՐԻՆԱԿԱՆ ԽԱՄԱՍԱՐԸ

• Ընտրված հեռախոսի համարը պետք է լինի ուղիղ համարը (ոչ թե մի լրացուցիչ համար) Վերստուգված է Մարտին, 2010