

[Early Childhood Screening program name, address, email]

Mẫu Đơn Phản Đối Sàng Lọc Trẻ Nhỏ Vì Vấn Đề Lương Tâm

Nếu quý vị muốn phản đối, từ chối hoặc chọn không tham gia chương trình sàng lọc trẻ nhỏ vì vấn đề lương tâm, xin vui lòng xem kỹ, hoàn thành và gửi lại mẫu đơn này.

Mô tả chương trình Sàng Lọc Trẻ Nhỏ

Theo Đạo Luật 142D.091, các khu học chánh tiến hành Sàng Lọc Trẻ Nhỏ để hỗ trợ bố mẹ và cộng đồng cải thiện sức khỏe của trẻ em Minnesota và trong việc lập kế hoạch cho các chương trình giáo dục và sức khỏe. Để bảo đảm nhận biết được các yếu tố rủi ro có thể ảnh hưởng đến khả năng học tập, các yếu tố sàng lọc bao gồm:

- Đánh giá miễn dịch
- Thính lực và thị lực
- Chiều cao và cân nặng
- Phát triển: tư duy, cơ bắp nhỏ và lớn, lời nói và ngôn ngữ; bao gồm sàng lọc phát triển qua mạng cho các gia đình đưa ra yêu cầu dựa trên trạng thái sức khỏe suy giảm miễn dịch hoặc tình trạng sức khỏe khác.
- Bảng câu hỏi cảm xúc-xã hội mà bố mẹ cần điền (hành vi, kỹ năng tự lực)
- Bảo hiểm của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Các yếu tố rủi ro có thể ảnh hưởng đến khả năng học tập
- Phỏng vấn nhanh với bố mẹ và giới thiệu dịch vụ tùy theo lĩnh vực đáng lo ngại

Thông báo cho bố mẹ

Bố mẹ có thể từ chối trả lời các câu hỏi hoặc cung cấp thông tin về hoàn cảnh gia đình có thể ảnh hưởng đến quá trình phát triển cũng như nhận biết những yếu tố rủi ro có thể ảnh hưởng tới khả năng học tập. Sàng lọc phát triển Trẻ Nhỏ giúp khu học chánh xác định những trẻ có thể được hưởng lợi từ tài nguyên có sẵn của cộng đồng và khu học chánh có thể có ích cho quá trình phát triển của trẻ. Việc từ chối trả lời câu hỏi hay cung cấp thông tin không ảnh hưởng đến việc trẻ được ghi danh vào trường mầm non hay lớp một nếu tất cả những thành phần sàng lọc khác được đáp ứng.

Thông báo sàng lọc tương đương

Trẻ không cần tham gia chương trình sàng lọc của khu học chánh nếu hồ sơ sức khỏe của trẻ cho nhà trường thấy trẻ đã được tiến hành sàng lọc phát triển tương đương trong vòng 365 ngày trước đó với tổ chức chăm sóc sức khỏe công hoặc tư, hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân.

Họ tên của trẻ: _____

Ngày sinh của trẻ: _____

Chữ ký của bố mẹ/người giám hộ: _____ Mối quan hệ với trẻ: _____

Ngày hôm nay: _____