

[နကိုအလံာ်ခိ်တီ]

[မု်နံၤ]

[မိၢ်ပၢ်/ပုၤကွၢ်ထွဲတၢ် အမံၤ]

[လိၢ်အိၣ်ဆိးထံး]

[၀၇, ကီၢ်စဲၣ်, စံး(ပ)ဟီၣ်ကဝီၤနီၣ်ဂံၢ်]

ဆူ မိၢ်ပၢ်/ပုၤကွၢ်ထွဲတၢ်,

ပုၤကိၣ်မိ လၢအအိၣ်မိ (name of school or corporation) (ကို မုတမ့ၢ် တၢ်ကရၢကရိအမံၤ) အပူၤခဲလၢ် အတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၤ
ဒီးတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ပၤ မ့ၢ်ဝဲတၢ်ဂ့ၢ်လၢအရ့ၣ်ဒိၣ်ကတၢ်န့ၣ်လီၤ. ပအံၣ်ဒီးမၤလီၤတၢ်လၢ ပပုၤကိၣ်မိတဖၣ်ချ့ၣ်နံၤချ့ၣ်သီ ဒီးအ့ၣ်ဒယါန့ၣ်ကီၢ်စဲၣ် (State of
Indiana) အတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါလၢအလီၢ်အိၣ်တဖၣ် လၢကမၤစၢၤပုၤ လၢကဟ့ၣ်လီၤ န့ၣ်ဆၢၣ်ခိၣ်ယၤလၢအအိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၤလၢ
(school/corporation) (ကို/တၢ်ကရၢကရိ)အပူၤ ဒီးလၢပပုၤတၢ်အဂီၢ်လီၤ. တၢ်ကွၢ်ကဒါက့ၤ နမိအတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတၢ်မၤနီၣ်မၤယါ
ဒုးန့ၣ်ဖျါထီၣ်လၢ အဝဲသ့ၣ် တအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတၢ်မ့ၢ် အါန့ၣ်အဝဲန့ၣ် (မုတမ့ၢ် တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတၢ်မၤနီၣ်မၤယါ
လၢတၢ်မၤသီထီၣ်အီၤတဖၣ်) လၢအ့ၣ်ဒယါန့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ၤဂ့ၢ်လီၤ (Indiana Department of Health) လိၣ်ဘၣ်အီၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ. စရီလၢ
အ့ၣ်ဒယါန့ၣ် (Indiana) ယုထီၣ် ဒီးဟ့ၣ်ကူၣ် ကိၣ်တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတဖၣ် ဘၣ်တၢ်ဟံၣ်ဖျါထီၣ်အီၤလၢလၢ်အံၤလီၤ.

Required and Recommended School Immunizations, Indiana 2024-2025



Updated 1.30.2024

Grade	Required	Recommended
Pre-K	3 Hepatitis B 4 DTaP (Diphtheria, Tetanus and Pertussis) 3 Polio 1 Varicella (Chickenpox) 1 MMR (Measles, Mumps and Rubella) 2 Hepatitis A	Annual influenza COVID-19
K-5	3 Hepatitis B 5 DTaP 4 Polio 2 Varicella 2 MMR 2 Hepatitis A	Annual influenza COVID-19
6-11	3 Hepatitis B 5 DTaP 4 Polio 2 Varicella 2 MMR 2 Hepatitis A 1 MCV4 (Meningococcal) 1 Tdap (Tetanus, Diphtheria and Pertussis)	Annual influenza 2 or 3 HPV (Human papillomavirus) COVID-19
12	3 Hepatitis B 5 DTaP 4 Polio 2 Varicella 2 MMR 2 Hepatitis A 2 MCV4 1 Tdap	Annual influenza 2 or 3 HPV 2 MenB (Meningococcal) COVID-19

HepB: The minimum age for the third dose of Hepatitis B is 24 weeks of age.

DTaP: Four doses of DTaP/DTaP/DT are acceptable if fourth dose was administered on or after the fourth birthday.

Polio: Three doses of Polio are acceptable for all grade levels if the third dose was given on or after the fourth birthday and at least six months after the previous dose.
*For students in grades K-12, the final dose must be administered on or after the fourth birthday and be administered at least six months after the previous dose.

Varicella: Physician documentation of disease history, including month and year, is proof of immunity for children entering preschool through 12th grade. Parent report of disease history is not acceptable.

Tdap: There is no minimum interval from the last Td dose.

MCV4: Individuals who receive their first dose on or after their 16th birthday only need one dose of MCV4.

Hepatitis A: The minimum interval between first and second dose is six calendar months. Two doses are required for all grade levels.

For additional immunization information, visit: [in.gov/health/immunization](https://www.in.gov/health/immunization) or call 1 (800) 701-0704 during normal business hours.

တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢအရ့ၣ်ဒိၣ်

လၢကလူၤဟံၣ်မၤထွဲဒီးကီၢ်စဲၣ်တၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ်အဂီၢ်, ဝံသးစူၤ မၤလီၤတၢ်လၢ နမိမၤန့ၣ်ဘၣ် တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါလၢအလီၢ်အိၣ်ခဲလၢ်
ဖဲတချ့ၤထီၣ်ကိၣ် အဆိကတၢ် တသီန့ၣ်တက့ၢ်. တၢ်ဟံၣ်နီၣ်တၢ်ဆၢကတီၢ်လၢ်အမုၢ်နံၤ လၢတၢ်ဆူၤထီၣ် တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတဖၣ် အတၢ်အုၣ်သး
မ့ၢ်ဝဲ [insert deadline date][ထၢန့ၣ်လီၤ တၢ်ဟံၣ်နီၣ်တၢ်ဆၢကတီၢ်လၢ်အမုၢ်နံၤ] လီၤ. ပုၤကိၣ်မိတဖၣ် လၢအတမၤပုၤ တၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ်အံၤ
ကဘၣ်တၢ်ကွၢ်ကဟံၣ်ကွၢ်အီၤ လၢကိၣ် တုၤလၢအဝဲသ့ၣ် ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါဘၣ်ဘျီဘၣ်ဒါလီၤ. နမိမ့ၢ်တမၤန့ၣ် တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒါတဖၣ်အံၤန့ၣ်,

ဝံသးစူကွၢ် တၢ်န့ၣ်ကျဲ လၢလၢာ်အံၤ လၢကမၤန့ၢ် တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢလၢအလီၢ်အိၣ်တဖၣ် ဒ် အ့ဒယါန့ၢ်ကီၢ်စံၣ်တၢ်သိၣ်တၢ်သီ (Indiana State Code) IC 20-34-3-2 တခါစုၣ်စုၣ်ဟံၣ်ဖျါဝဲအသး-

- မၤန့ၢ်တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢတဖၣ် ဖဲန့ၣ်အပူၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်မၤစၢၤအဝဲၤဒၢး
- မၤန့ၢ်တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢတဖၣ် ဖဲ(န) ကီၢ်ရၣ်ဒီးထံၣ် ကမၤတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ ကသံၣ်ဒၢး- (နကီၢ်ရၣ်ဒီးထံၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ဝဲၤကျိၤ အလီၢ်အိၣ်ဆိးထံး ဒီးလီၤတဲစီနီၣ်ဂံၢ်) လၢတၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီ ဒီးလၢတၢ်ဟ့ၣ်ဘူးလဲတၢ်ယုထၢတဖၣ်အဂီၢ်
- ကွဲးရဲၣ်လီၤဟံၣ်ဖျါထီၣ် တၢ်လီၢ်တၢ်ကျဲအဂၤတပူၤလၢလၢာ် လၢန့ၢ်ပုၤတဝဲၤအပူၤ လၢအဟ့ၣ်လီၤကသံၣ်ဒီသဒၢတဖၣ် - အဒိ, လီၢ်ကဝဲၤကသံၣ်ကျဲးတဖၣ် လၢပုၤလၢ အသးန့ၣ်အိၣ် 12 နံၣ် ဒီးအဖီခိၣ် လၢအိၣ်ဒီးတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်အုၣ်ကီၢ်, ပုၤတဝဲၤကသံၣ်ဒၢး, ဒီးတၢ်အဂၤ.
- ဟ့ၣ်လီၤ ကွဲးအတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ဝဲၤဒၢး ဃုာ်ဒီးကသံၣ်ကသီတၢ်ပျဲပူၤ လံာ်ကွီၣ်ဒိ (Medical Exemption Form)- <https://www.in.gov/doe/files/medical-exemption-form-providers.pdf> ကသံၣ်ကသီတၢ်ပျဲပူၤ လံာ်ကွီၣ်ဒိ (Medical Exemption Form) ကဘၣ်တၢ်မၤပွဲၤအီၤ ဒီးဆဲးလီၤမံၤ လၢန့ၣ်အပူၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်မၤစၢၤလီၤ. တၢ်အံၤကဘၣ်တၢ်ဟံၣ်ဖျါထီၣ်အီၤလၢတၢ်ကွဲးအပူၤ လၢပုၤဖိသ့ၣ်အိၣ်ဒီး တၢ်တဘျီလီၤဒီးကသံၣ် လၢကမၤန့ၢ်ကသံၣ်ဒီသဒၢ လီၤတၢ်လီၤဆဲးလီၤ. တၢ်တဘျီလီၤဒီးကသံၣ်ဒီသဒၢတဖၣ် တမ့ၢ်တၢ်တစိးသးဘၣ်, အယီၤ ကသံၣ်ကသီ တၢ်ပျဲပူၤ တၢ်ကြးမၤန့ၢ်အီၤ လၢပုၤကွဲးအဂီၢ် ဖဲတၢ်ထီၣ်ကွဲးတၢ်မၤလိန့ၣ်တနံၣ် စုၣ်စုၣ်လီၤ. ဒ်တၢ်တဘျီလီၤဒီးကသံၣ်ဒီသဒၢနီၣ်နီၣ် မ့ၢ်ဝဲကသံၣ်ဒီသဒၢ ဒ်ဘၣ်တၢ်လီၤတၢ်လီၤဆဲး အယီၤ, ကသံၣ်ကသီတၢ်ပျဲပူၤ ကဘၣ်တၢ်ကွဲးအီၤ လၢကသံၣ်ဒီသဒၢတခါစုၣ်စုၣ် လၢ တဘျီလီၤဒီးသ့ၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.
- နမ့ၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်ဂ့ၢ်လီၢ်တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢလၢတၢ်ဘျီတၢ်ဘါအယီၤန့ၣ်, တၢ်ဂ့ၢ်လီၢ် ကဘၣ်အိၣ်လၢ တၢ်ကွဲးအပူၤ, ဆဲးလီၤမံၤ လၢပုၤဖိသ့ၣ်အမိၢ်ပၢ်, ဒီးဆုၢ်အီၤဆူၣ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်ဘျီတၢ်ဘါတၢ်ဂ့ၢ်လီၢ် ကဘၣ်ဟံၣ်ဖျါထီၣ်လၢ တၢ်ဂ့ၢ်လီၢ်တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢ ဒီးသန့ၤထီၣ်အသး လၢတၢ်ဘျီတၢ်ဘါအဂံၢ်ထံးတဖၣ်အဖီခိၣ်လီၤ. လၢကဆဲးမၤလီၤတၢ် တၢ်ဘျီတၢ်ဘါတၢ်ဂ့ၢ်လီၢ်အတၢ်အိၣ်သး လၢပုၤကွဲးအဂီၢ်, မိၢ်ပၢ်တဖၣ် ကဘၣ်ဟ့ၣ်လီၤ လံာ်တီၢ်မိၢ်ဘၣ်သးဒီး တၢ်ဘျီတၢ်ဘါတၢ်ဂ့ၢ်လီၢ် လၢတၢ်ကွဲးအပူၤ လၢတၢ်ထီၣ်ကွဲးတၢ်မၤလိန့ၣ်တနံၣ်စုၣ်စုၣ်လီၤ. ကီၢ်စံၣ်လံာ်ကွီၣ်ဒိ တအိၣ်ဝဲဒၣ်လၢ တၢ်ဘျီတၢ်ဘါတၢ်ဂ့ၢ်လီၢ်အဂီၢ်ဘၣ်လီၤ. ကသံၣ်ကသီတၢ်ပျဲပူၤတဖၣ်ဒီး တၢ်ဘျီတၢ်ဘါတၢ်ဂ့ၢ်လီၢ်တဖၣ် ကဘၣ်တၢ်မၤပွဲၤ အီၤ ဖဲတၢ်ထီၣ်ကွဲးတၢ်မၤလိန့ၣ် ကိးန့ၣ်ဒဲး, လၢတၢ်ထီၣ်ကွဲးတၢ်မၤလိန့ၣ်စးထီၣ် 20 သီ အတီၢ်ပူၤန့ၣ်လီၤ. တၢ်လီၤတူၢ်လီၤကံာ် လၢကလူၤဟံၣ်မၤထွဲတၢ် ဖဲတၢ်ထီၣ်ကွဲးတၢ်မၤလိန့ၣ် အဆိကတၢ် 20 သီအတီၢ်ပူၤန့ၣ် ဒုးအိၣ်ထီၣ် တၢ်လီၢ်ဘၢလီၢ်ကွီၢ် လၢတၢ်ကဘၣ်ဟးထီၣ်ကွဲး လၢကွီၢ် ဒ်ကီၢ်စံၣ်တၢ်သိၣ်တၢ်သီ (State Code IC) 20-34-3-2 ဒီး MCCSC ဖီလစံၣ် 5320 ဟဲဝဲအသးသ့န့ၣ်လီၤ.

ရဲၣ်လီၤကျဲၤလီၤ နတၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီ

ပဟ့ၣ်ကူၣ်ဟ့ၣ်ဖး လၢနကရဲၣ်လီၤကျဲၤလီၤ နဖီအတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢ တၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီ အစုၤကတၢ်ခဲန့ၣ် တချုးတၢ်ထီၣ်ကွဲးတၢ်မၤလိန့ၣ်စးထီၣ်န့ၣ်လီၤ. ဖဲအံၤ အိၣ်ဒီးတၢ်မၤအပတီၢ်တနီၤလၢနမၤအီၤသ့-

- ဆဲးကျဲၤ န ဖိသ့ၣ်အကသံၣ်သရၣ် မ့တမ့ၢ် ပုၤဟ့ၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်မၤစၢၤ လၢအဆိအချ့တက့ၢ်.
- ဟဲစီၢ် တၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢတၢ်မၤနီၣ်မၤယါလၢအအိၣ်ဟံၣ်ဃာ်လၢနစုပူၤ တမံၤလၢလၢ ဆူတၢ်သ့ၣ်နံၤဖးသီ

ပွဲၤဒီးတၢ်ဟံၣ်ကဲအါ,

[Your Name][န မံၤ]

[Your Title][န တၢ်မၤလီၢ်လၢ]

[School Name][ကွဲး အမံၤ]

[School Contact Information][ကွဲးတၢ်ဆဲးကျဲၤ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ]