

# স্বাস্থ্য পরিষেবা/সেকশন 504 বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার জন্য পিতামাতার অনুরোধ 2023-2024

শিক্ষার্থীর নাম \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ \_\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর আইডি (ID)# \_\_\_\_\_

স্কুলের নাম \_\_\_\_\_ স্কুল ATS/DBN \_\_\_\_\_ গ্রেড/ক্লাস \_\_\_\_\_

অনুরোধকারী পিতামাতা/অভিভাবকের নাম \_\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক \_\_\_\_\_

504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে জমা দেওয়ার তারিখ \_\_\_\_\_ 504 কোঅর্ডিনেটরের নাম \_\_\_\_\_

শিক্ষার্থীর কি একটি চলমান IEP আছে?  হ্যাঁ  না 504 কোঅর্ডিনেটরের ফোন # \_\_\_\_\_

**পার্ট 1: পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটর অথবা IEP টিমের কাছে জমা দিতে হবে**

নিচে উদ্বেগের কারণ এবং তা কীভাবে শিক্ষার্থীর স্কুলের কর্মসম্পাদনায় প্রভাব ফেলে, তা বর্ণনা করুন:

উপরে তালিকাভুক্ত উদ্বেগের ভিত্তিতে বিশেষ ব্যবস্থার অনুরোধ। কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে আপনার স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটর অথবা IEP টিমের সাথে যোগাযোগ করুন।

বিশেষ ব্যবস্থার(সমূহের) অনুরোধ অভিভাবক অনুরোধকৃত সবগুলোতে টিক চিহ্ন দিন:	নতুন অনুরোধ কেবলমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য	নবায়নের অনুরোধ কেবলমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য
<b>পরীক্ষায় বিশেষ সুবিধার ব্যবস্থা</b> <input type="checkbox"/> পরীক্ষার সময়সূচি/পরীক্ষা সময়সীমা (যেমন, বর্ধিত সময়) <input type="checkbox"/> পরীক্ষা কেন্দ্রের বিন্যাস (সেটিং)/স্থান <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক প্রযুক্তি <input type="checkbox"/> পরীক্ষায় উত্তরদানের পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>ক্লাসরুমে / পাঠ্যক্রমে বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা</b> <input type="checkbox"/> ক্লাসের সময়সূচি/সময়ের ব্যবহার <input type="checkbox"/> ক্লাসের কর্মকাণ্ডের পরিবেশ <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক প্রযুক্তি <input type="checkbox"/> ক্লাসের কর্মকাণ্ডে সাড়া দানের পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>শিক্ষায়তনিক সহায়তা ও অন্যান্য পরিষেবা</b> প্যারাপ্রফেশনাল <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> অন্যান্য নার্সিং পরিষেবাসমূহ <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> যাতায়ত (সাময়িক স্বাস্থ্যগত অবস্থা, অথবা স্বপ্ন - বা দীর্ঘ মেয়াদী সীমিত চলাচল ক্ষমতার ক্ষেত্রে অফিস অভ পিউপল ট্রান্সপোর্টেশন-এ মেডিকেল অ্যাকসেসেশন রিকোয়েস্ট ফর্মসমূহ জমা দিন।) <input type="checkbox"/> সেফটি নেট (বিশেষ সুরক্ষা ব্যবস্থা, শুধু হাই স্কুলের জন্য) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

স্কুল চলাকালে যখন কোনও শিক্ষার্থীর ওষুধ নেয়া আবশ্যিক হয় এবং সে সেটা নিজে সেবন করতে পারে না, তখন সাধারণত স্কুল নার্স তাকে সেই ওষুধটি সেবন করান; স্কুল নার্সকে অবশ্যই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম জমা দিতে হবে। 1:1 অনুপাতে নার্সিংয়ের জন্য অনুরোধ, প্যারাপ্রোফেশনালের সহায়তা এবং পরিবহনের বিষয়গুলির প্রতিটির ক্ষেত্রে পরিষেবাসমূহ চিকিৎসাজনিত কারণে প্রয়োজন তা নিশ্চিত করতে একজন অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) পরিষেবা প্রদানকারী দ্বারা আলাদা আলাদাভাবে পর্যালোচনা করা হবে। কোনো শিক্ষার্থীর একটি সুনির্দিষ্ট বিশেষ সুবিধা প্রয়োজন আবশ্যিক কিনা সেই সিদ্ধান্ত 504 টিম বা IEP টিম গ্রহণ করেন, যেখানে পিতামাতা অন্তর্ভুক্ত। অতিরিক্ত কিছু ফর্ম পূরণ করতে হবে; দয়া করে আপনার 504 কোঅর্ডিনেটর অথবা IEP টিমের সাথে যোগাযোগ করুন। নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) অ্যাসিসটিভ টেকনোলজির অনুরোধ পর্যালোচনা করবে এবং শিক্ষার্থীরা চাহিদা নিশ্চিত করার জন্য একটি মূল্যায়নের ব্যবস্থা করতে পারে।

**পার্ট 2: পিতামাতার সম্মতি - পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটর অথবা IEP টিমের কাছে জমা দিতে হবে।**

1973 পুনর্বাসন আইনের (রিহাবিলিটেশন অ্যাক্ট) সেকশন 504-এর অধীনে আপনার সন্তান বিশেষ ব্যবস্থা লাভের যোগ্য হতে পারে। আপনার স্কুলের 504 টিম এবং/অথবা IEP টিম আপনার সন্তানের রেকর্ড, ক্লাসওয়ার্ক, ক্লাসরুম পর্যবেক্ষণ, পরীক্ষা, এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর বিবৃতি পর্যালোচনা করতে মিলিত হবেন। পর্যালোচনার ভিত্তিতে আপনার সন্তান যদি পরিষেবার যোগ্য হয়, ঐ টিম আপনার সহায়তা ও সম্মতিক্রমে একটি সেকশন 504 পরিকল্পনা এবং/অথবা IEP তৈরি করবেন। প্রতি শিক্ষা বছর শেষ হওয়ার আগে অথবা প্রয়োজনে আরো ঘনঘন 504 প্ল্যান (পরিকল্পনা) অবশ্যই পর্যালোচনা করতে হবে।

এই পৃষ্ঠায় স্বাক্ষরদানের মাধ্যমে: 1) আমি আমার সন্তানের রেকর্ড পর্যালোচনা করতে এবং সে বিশেষ ব্যবস্থা পাবার যোগ্য কিনা, সে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য 504 টিম এবং/অথবা IEP টিমকে সম্মতি দিচ্ছি। 2) আমি নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সর্বোচ্চ সক্ষমতা অনুযায়ী পূর্ণ এবং বিস্তারিত তথ্য দিয়েছি। 3) আমি বুঝতে পারছি যে, OSH এবং DOE তাদের পর্যালোচনা এবং সিদ্ধান্তের জন্য ফর্ম-এ প্রদত্ত তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করছে। 4) আমি বুঝি যে, OSH এবং DOE প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ওষুধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

পূরণকৃত সংযুক্ত HIPAA ফর্ম (পর্যালোচনার জন্য আবশ্যিক)। পিতামাতাগণের অবশ্যই এই ফর্ম-এর পিছনের পৃষ্ঠাটি পূরণ করতে হবে।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম \_\_\_\_\_ দিনের ফোন নম্বর \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

হিপা (HIPAA) অনুসারে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর পরিচিতি নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, এই ফর্ম-এ যেভাবে বলা হয়েছে, সে অনুসারে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুরোধ করছি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও 1996 সালের প্রাইভেসি রুল অন্ড দা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদন অ্যালকোহল ও মাদক অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং গোপনীয় HIV/AIDS\* সংক্রান্ত তথ্য কেবলমাত্র যদি আমি 7 অংশের যথাযথ লাইনে আমার নামের ইনিশিয়াল (আদ্যাক্ষর) দিয়ে থাকি। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং যদি আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনটিতে ইনিশিয়াল দেই, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (“DOE”) যারা যুগ্মভাবে অফিস অন্ড স্কুল হেলথ পরিচালনা করে - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV/AIDS-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিই, তাহলে আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ DOHMH-এর জন্য নিষিদ্ধ, যদি না ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন, সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার কারণে বৈষম্যের অভিজ্ঞতা লাভ করি, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অব হিউম্যান রাইটসের (212) 480-2493 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অব হিউম্যান রাইটসের (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারব। এসব এজেন্সির দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- আমি যে হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি, তার কাছে লিখিত দিয়ে যেকোন সময়ে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ বাদে।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি অথবা সুবিধালাভের যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেওয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH অথবা DOE কর্তৃক পুনরায় প্রকাশ করা যাবে (উপরের আইটেম 2-তে যেমনটি উল্লেখ আছে সেটি বাদে) এবং এই পুনঃপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে আলোচনার অনুমতি প্রদান করছি।

7. যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:

রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), টেস্ট রেজাল্ট, রেডিওলজি পর্যবেক্ষণ, ফিল্ম, রেফারাল, পরামর্শ, বিলের রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে থেকে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে পাঠানো রেকর্ডসহ সকল (লিখিত এবং মৌখিক) স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য।

এই বক্সটি যদি চেক মার্ক করা থাকে, তাহলে শুধু এখানে উল্লিখিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ এবং সেসম্পর্কে আলোচনা করুন:

*(আপনি যদি না চান যে পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন। এই ফর্মটিকে আপনি কতদিন বৈধ রাখতে চান সেটি স্থির করতে নিচের বক্স 9 ব্যবহার করুন)*

যা অন্তর্ভুক্ত করবেন: (ইনিশিয়াল দিয়ে নির্দিষ্ট করুন)

- \_\_\_\_\_ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসার তথ্য। যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম উল্লেখ করুন: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য
- \_\_\_\_\_ HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: এই তথ্য রোগী অথবা তার প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

9. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অন্ড স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়\*\*:

10. রোগী ছাড়া অন্য কেউ এই ফর্ম স্বাক্ষর করে থাকলে তার নাম: (পিতামাতাকে/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

11. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অন্ড স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

এই ফর্ম-এর সব অংশ পূরণ করা ও এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের জবাব দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

\*AIDS রোগের কারণ হিউম্যান ইম্যুনোডেফিশিয়েন্সি আইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারো পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।

\*\*উপরের 9 নম্বর অংশে যদি কোন মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ উল্লিখিত থাকে, তাহলে ফর্মটি ঐ তারিখ থেকে মেয়াদোত্তীর্ণ হবে এবং সেক্ষেত্রে রোগীর পিতামাতা অথবা আইনী অভিভাবক অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্য কোন ব্যক্তি অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম জমা দিতে হবে।