

2017-2018 সালের জন্য সেকশন 504 বিশেষ সুবিধা প্রদানের অনুরোধ

শিক্ষার্থীর নাম _____ জন্মতারিখ _____ শিক্ষার্থীর আইডি# _____
 স্কুলের নাম _____ স্কুলের এটিএস (ATS) / ডিবিএন (DBN) _____ গ্রেড/ক্লাস _____
 অনুরোধকারী পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক _____
 504 সমন্বয়কের কাছে জমা দেওয়ার তারিখ _____ 504 কোঅর্ডিনেটরের নাম _____

পর্ব 1: পিতামাতা/অভিভাবক পূরণ করবেন; স্কুলের 504 সমন্বয়কের কাছে জমা দেবেন

নিচে উদ্দেশ্যের কারণ এবং তা কিভাবে শিক্ষার্থীর শিক্ষা কমসম্পাদনায় প্রভাব ফেলে বর্ণনা দিন:

উপরের উদ্দেশ্যের নিরিখে অনুরোধকৃত সংস্থানের নাম উল্লেখ করুন। কোনো প্রশ্ন থাকলে স্কুল-ভিত্তিক 504 সমন্বয়কের সাথে কথা বলুন

শিক্ষা সংস্থান(গুলো)দেওয়ার জন্য অনুরোধ সবগুলো অনুরোধ দেখুন:		For school use only	
		Approve	Deny
টেস্টিং সংস্থান	<input type="checkbox"/> পরীক্ষার সূচি/গ্রহণের সময় (যেমন বর্ধিত সময়, ইত্যাদি) <input type="checkbox"/> টেস্ট সেটিং/স্থান <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশ/অ্যাসিসটিভ টেকনোলজি <input type="checkbox"/> টেস্ট উত্তরদানের পদ্ধতি/বিশ্বয়গত সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহপূর্বক 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"/>
ক্লাসরুম / পাঠক্রম সংস্থান	<input type="checkbox"/> ক্লাস সূচি/সময়ের ব্যবহার <input type="checkbox"/> ক্লাস অ্যাকাটিভিটির সেটিং <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশ/অ্যাসিসটিভ টেকনোলজি <input type="checkbox"/> টেস্ট উত্তরদানের পদ্ধতি/বিশ্বয়গত সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহপূর্বক 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"/>
অ্যাকাডেমিক সাপোর্ট এবং সেবাসমূহ	<input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য পরিচারক <input type="checkbox"/> নতুন অনুরোধ <input type="checkbox"/> পুনরায় নবীকৃত অনুরোধ <input type="checkbox"/> সুরক্ষা জাল (শুধুমাত্র হাই স্কুলের জন্য) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহপূর্বক উল্লেখ করুন) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
অন্যান্য বিশেষ সুবিধা (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*প্যারাপ্রফেশনালের অনুরোধ মেডিকেল আবশ্যিকতা যাচাইয়ে অফিস অফ স্কুল হেলথের ফিজিশিয়ানকে পর্যালোচনা করতে হবে।

সংযোজিত ফরমগুলো অবশ্যই পূরণ করতে হবে; অনুগ্রহপূর্বক আপনার 504 সমন্বয়কের সাথে কথা বলুন।

** পরিবহনসংক্রান্ত অনুরোধসমূহ: মেডিকেল ইন্সপেকশন রিকোয়েস্ট ফরম, ডিওই (DOE) ওয়েবসাইট আছে, বিশেষায়িত পরিবহনে সংস্থানের জন্য ব্যবহার করতে হবে।

পর্ব 2: পিতামাতার সম্মতি - শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবক পূরণ করবেন স্কুলের 504 সমন্বয়কের কাছে জমা দেয়ার আগে

আপনার সন্তান 1973 সালের পুনর্বাসন আইনের 504 ধারা অনুসারে সংস্থানের জন্য যোগ্য কিনা যাচাইয়ে একটি স্কুলভিত্তিক 504 দল আপনার সন্তানের রেকর্ড মূল্যায়নে মিলিত হবে - যে রেকর্ডের মধ্যে থাকবে চিকিৎসকের উপযুক্ত বিবৃতি (যদি প্রযোজ্য হয়), ক্লাসরুমে পর্যবেক্ষণ ও অ্যাসাইনমেন্ট, মূল্যায়নের উপাত্ত এবং অন্যান্য তথ্য। আপনার সন্তান যদি সংস্থান পাওয়ার যোগ্য হয়, তাহলে আপনার মতামত ও সম্মতিসহ একটি 504 পরিকল্পনা তৈরি করা হবে। 504 প্ল্যান যেকোনো সময়ে পর্যালোচনা করা হতে পারে, তবে ন্যূনপক্ষে প্রতি বছর পুনরায় অনুমোদন করতে হবে।

এই ফরমে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আপনি 504 দলকে আপনার সন্তান সংস্থান লাভের উপযুক্ত কিনা নির্ধারণে আপনার সন্তানের রেকর্ড পর্যালোচনা করে প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণের অনুমতি দিচ্ছেন। আপনি আরো স্বীকার করছেন যে আপনি আপনার জানামতে পূর্ণাঙ্গ এবং সম্পূর্ণ তথ্য প্রদান করেছেন এবং বুঝেছেন যে স্কুল স্বাস্থ্য দপ্তর (OSH), নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন (ডিওই) (DOE), তাদের এজেন্ট এবং এর কর্মচারীরা আপনার সন্তানকে 504 ধারার অধীনে সংস্থান দেয়া হবে কিনা বা কতখানি দেয়া যেতে পারে নিরূপণে প্রদত্ত তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করছেন। এছাড়া, আপনাকে এতদ্বারা ওএসএইচ (OSH) এবং ডিওই (DOE) এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আপনার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আপনার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

পূরণকৃত HIPAA ফরম সংযুক্ত (পর্যালোচনার জন্য আবশ্যিক; অভিভাবকদের অবশ্যই এই ফর্মের পেছনের পৃষ্ঠা পূরণ করতে হবে)।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____ দিবাকালীন ফোন নম্বর _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর সনাক্তকারী নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার দ্বায়িত্বপ্রাপ্ত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে আমার সেবা ও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যসমূহ যেন এই ফরমে যেভাবে সাজানো আছে সেই অনুযায়ী প্রকাশ করা হয়: 1996 সালের স্বাস্থ্য বীমা পোর্টেবিলিটি এবং দায়বদ্ধতার নিউ ইয়র্ক স্টেট আইন ও গোপনীয়তা নীতি (HIPAA) অনুযায়ী, আমি বুঝি যে:

- বিভিন্ন রকমের তথ্য উন্মোচন এই অনুমোদনের আওতাভুক্ত হতে পারে **অ্যালকোহল** এবং **মাদকের অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত**, সাইকোথেরাপী সংক্রান্ত এবং **এইচআইভি(HIV)/এইডস(AIDS) সম্পর্কিত গোপন তথ্যসমূহ ব্যতীত** শুধুমাত্র যদি আমি 7 নম্বর বিষয়ের যথাযথ লাইনে আমার নামের আদ্যক্ষরগুলো বসাই। নিম্নে বর্ণিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য যদি এধরনের তথ্যগুলোর কোনোটি অন্তর্ভুক্ত করে এবং আমি 7 নং বিষয়ের লাইনে নিজের নামের আদ্যক্ষর বসিয়ে থাকি, তবে সে ক্ষেত্রে আমি নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এর নিকটে এই তথ্য প্রকাশ করার জন্য বিশেষভাবে নির্দেশ জ্ঞাপন করছি।
- আমি যদি এইচআইভি(HIV)/এইডস(AIDS), অ্যালকোহল অথবা মাদক চিকিৎসা সংক্রান্ত অথবা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যের অনুমোদন দেই, তবে DOHMS আমার অনুমোদন ব্যতীত এই তথ্যসমূহ পুনরায় প্রকাশ করতে পারবে না, যদি না সেটা কেন্দ্রীয় বা রাষ্ট্রীয় আইন দ্বারা অনুমোদিত হয়। আমি উপধাবন করি যে আমার এইচআইভি(HIV)/এইডস(AIDS)-সংক্রান্ত তথ্যসমূহ অনুমোদন ব্যতীত যারা গ্রহন বা ব্যবহার করতে পারবে, তাদের একটি তালিকা অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি এইচআইভি(HIV)/এইডস(AIDS) সংক্রান্ত প্রকাশিত তথ্যসমূহের কারণে বৈশ্যম্যের শিকার হই, তবে আমি(212) 480-2493 নম্বরে নিউ ইয়র্ক স্টেট মানবাধিকার বিভাগ অথবা (212) 306-7450 নম্বরে নিউ ইয়র্ক সিটি মানবাধিকার কমিশনের সাথে যোগাযোগ করতে পারব। এসব এজেন্সির দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- নীচের তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের এই অনুমোদন যে কোনও সময়ে লিখিতভাবে প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি জানি যে আমি এই অনুমোদন বাতিল করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ বাদে।
- আমি জানি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, পেমেন্ট, হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি অথবা সুবিধা লাভের যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশে অনুমতি দেওয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমতির অধীনে প্রকাশিত তথ্য DOHMH এর দ্বারা পুনরায় প্রকাশিত হতে পারে (উপরে উল্লেখিত আইটেম 2 এ যেমনটি বর্ণিত হয়েছে তেমনটি ছাড়া), এবং এই পুনঃপ্রকাশ কেন্দ্রীয় বা রাষ্ট্রীয় আইন দ্বারা সংরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে এই তথ্যটি প্রকাশের এবং, নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিনের সাথে এই তথ্যটি নিয়ে আলোচনা করার অনুমতি দিলাম.**

7. যেই নির্দিষ্ট তথ্যগুলো প্রকাশ ও আলোচনা করা হবে:

রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট(সাইকোথেরাপি সংক্রান্ত নোটসমূহ ব্যতীত) পরীক্ষার ফলাফল, তেজস্ক্রিয়তা পরীক্ষা, ফিল্ম, রেফারাল, পরামর্শ, টাকার রশিদের রেকর্ড, জীবন বীমার রেকর্ড, এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবা সরবরাহকারী কর্তৃক আপনাকে পাঠানো রেকর্ডসমূহ সহ চিকিৎসা সংক্রান্ত যাবতীয় রেকর্ড (মৌখিক ও লিখিত)।

এই ব্যক্তি যদি দেখা হয়ে থাকে, তবে শুধুমাত্র আমার মেডিকেল রেকর্ড ফরম প্রকাশ ও আলোচনা করুন (তারিখ প্রদান করুন) _____ (তারিখ প্রবেশ করানোর)জন্য _____

অন্যান্য: _____

অন্তর্ভুক্ত করে: (সূচনার মাধ্যমে ইঙ্গিত করে)

_____ অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য

_____ মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য

_____ এইচআইভি (HIV)/এইডস (AIDS)-সম্পর্কিত তথ্য

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: অন্যথায় নির্দেশত না হলে এই তথ্যসমূহ রোগী বা তার প্রতিনিধির অনুবোধে প্রকাশ করা হয়:	9. এই অনুমতিপত্র রোগী বা তার প্রতিনিধির স্বাক্ষরের পরবর্তী এক (1) বছর পর এই অনুমতি বাতিল হয়ে যাবে যদি না এখানে সুনির্দিষ্টভাবে অন্য নির্দেশনা থাকে:
10. যদি রোগী না হয়ে থাকেন, যিনি ফরমে স্বাক্ষর করেছেন তার নাম:	11. এই ফরমে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি রোগীর পিতা-মাতা বা বৈধ অভিভাবক হিসেবে অথবা এইখানে যেমনটি উল্লেখিত আছে সেই অনুযায়ী রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য আইন দ্বারা অনুমোদিত:

এই ফরমের যাবতীয় বিষয় সম্পন্ন করা হয়েছে, এই ফরমে সম্পর্কে আমার প্রশ্ন উত্তর দেওয়া হয়েছে এবং এই ফরমের একটি অনুলিপি আমাকে প্রদান করা হয়েছে।

_____ রোগীর অথবা তার আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর _____ তারিখ

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