এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন স্কুল হেলথ্ প্রোগ্রাম
স্কুল পিতামাতা সম্মতির ফরম্ (গ্রেড পিকে–৮)

_____ *(School(s) Covered)*
_____ *(HCSP)*
_____ *(HCSP Address)*

অফিসের ব্যবহারের জন্য (Office Use Only)

শিক্ষার্থীর তথ্য	পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য
শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ শিক্ষার্থীর প্রথম নাম: _____ জন্মের তারিখ: _____/_____/_____ *মাস* *দিন* *বছর* শিক্ষার্থীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: _____ লিঙ্গ: ❑ ছেলে ❑ মেয়ে গ্রেড _____ জাতিগত পরিচয়: ❑ হিস্পানিক ❑ কালো ❑ সাদা ❑ আমেরিকান ইন্ডিয়ান ❑ এশিয়ান/প্যাসিফিক আইল্যান্ডার ❑ অন্য _____ শিক্ষার্থীর ঠিকানা: _____ _____ _____ _____ _____ *সিটি* *স্টেট* *জিপ কোড* শিক্ষার্থীর নিয়মিত ডাক্তার কে ? নাম: _____ ফোন: _____ ঠিকানা: _____ _____	মাতা শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ পিতা শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ আইনি অভিভাবক, যদি প্রযোজ্য হয় শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে আইনি অভিভাবকের সম্পর্ক ❑ গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট ❑আন্ট বা আংকেল ❑ অন্যান্য: _____ পিতামাতা অথবা অভিভাবকের সাথে যোগাযোগের তথ্য বাড়ির ফোন: _____ কর্মস্থলের ফোন: সেল: _____ অতিরিক্ত জরুরি যোগাযোগের তথ্য নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ বাড়ির ফোন: _____ কর্মস্থলের ফোন: _____ সেল: _____

বিমা তথ্য

আপনার সন্তানের কি মেডিকেইড আছে? ❑ না ❑ হ্যাঁ: মেডিকেইড পরিচিতি # _____ **আপনার সন্তানের কি চাইল্ড হেলথ্ প্লাস আছে?** ❑ না ❑ হ্যাঁ: সিএইচপি # _____ **কোন প্ল্যান?** ❑ অ্যাফিনিটি ❑ ফিডেলিস ❑ জেলথফার্স্ট ❑ হেলথ প্লাস আমেরিগ্রুপ ❑ এইচআইপি ❑ মেট্রোপ্লাস ❑ ওয়েল কেয়ার ❑ ইউনাইটেডকেয়ার _____	আপনার সন্তানের কি আপনার নিয়োগদাতার মাধ্যমে বা অন্য কোন ধরনের হেলথ ইনসিওরেন্স আছে? হেলথ ইনসুরেন্সের ফোন ❑ না ❑ হ্যাঁ হেলথ প্ল্যান: _____ মেম্বার আইডি/পলিসি নম্বর: _____ হেলথ ইনসুরেন্সের ফোন _____ আপনার সন্তানের যদি হেলথ ইনসুরেন্স না থেকে থাকে তাহলে আপনি কি চান যে এনওয়াই স্টেট হেলথ মার্কেটপ্লেস অনুমোদিত ইন–পার্সন অ্যাসিস্টর আপনাকে হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যানে তালিকাভুক্ত করার জন্য অ আপনার সাথে যোগাযোগ করুক? ❑ না ❑ হ্যাঁ আপনাকে ফোন করার সেরা সময় কোনটি?

স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র পরিষেবার জন্য পিতামাতার সম্মতি

আমি পরবর্তী পৃষ্ঠায় (স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র পরিষেবা) উল্লিখিত পরিষেবা সম্পর্কে পড়েছি এবং বুঝেছি এবং আমার স্বাক্ষর দিয়ে আমার সন্তানের এই পরিষেবা _____(HCSP) যা স্কুল–ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র দিয়ে থাকে তা পাবার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

দ্রষ্টব্য: উপবিধি অনুযায়ী, বাধ্যতামূলক স্বাস্থ্য পরীক্ষা, প্রাথমিক চিকিৎসা প্রদান, জন্মপূর্ব সেবা, যৌন আচরণ সম্পর্কিত এবং গর্ভধারণ প্রতিরোধ এবং শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য বিপদগ্রস্থ এমন অবস্থায় সেবা দানের ক্ষেত্রে পিতামাতা সম্মতির প্রয়োজন নেই। যেসব শিক্ষার্থীর বয়স ১৮ বছর বা তার বেশি অথবা যেসব শিক্ষার্থী পিতামাতা হয়েছে অথবা আইনগতভাবে স্বাধীন তাদের জন্যও পিতামাতা সম্মতির প্রয়োজন নেই। আমি গোপনীয়তা রক্ষার যে চলতি প্রথা তার বিজ্ঞপ্তির অনুলিপি পেয়েছি তা আমার স্বাক্ষর নির্দেশ করে।

X _____ _____
পিতামাতা/অভিভাবকের সই *(অথবা যেসব শিক্ষার্থীর বয়স ১৮ বা ততোর্ধ অথবা আইন অনুযায়ী অন্যভাবে অনুমোদিত)* *তারিখ*

এইচআইপিএএ আইনমতে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের জন্য পিতামাতার সম্মতি

এই ফরমের ২য় পৃষ্ঠায় স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ সম্পর্কিত নিয়মাবলি আমি পড়েছি এবং বুঝেছি। যেমনভাবে বলা সেই অনুযায়ী স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের সম্মতি দিয়ে আমি সই করছি।

X _____ _____
পিতামাতা/অভিভাবকের সই *(অথবা যেসব শিক্ষার্থীর বয়স ১৮ বা ততোর্ধ অথবা আইন অনুযায়ী অন্যভাবে অনুমোদিত)* *তারিখ*

PLEASE BE SURE TO REVIEW BOTH SIDES OF THIS CONSENT

এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন স্কুল হেলথ্ প্রোগ্রাম

স্কুল পিতামাতা সম্মতি ফরম্

_____ *(School(s) Covered)*

_____ *(HCSP)*

_____ *(HCSP Address)*

স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র পরিষেবা

আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ্ অনুমোদিত স্কুল স্বাস্থ্য কর্মসূচির অংশ হিশেবে _____(HCSP) স্টেট-সনদপ্রাপ্ত স্বাস্থ্য পেশাদারীদের দেয় স্বাস্থ্য পরিষেবা নিতে আমার সন্তানকে অনুমতি দিচ্ছি। আমি জানি শিক্ষাথী এবং স্বাস্থ্য পরিষেবাদানকারীদের মধ্যে আইন অনুযায়ী বিশেষ পরিষেবার ক্ষেত্রে গোপনীয়তা নিশ্চিত করা হবে, এবং শিক্ষাথীরা তাদের পিতামাতা অথবা অভিভাবককে এই পরামর্শ এবং স্বাস্থ্য পরিষেবা সিদ্ধান্তে সংশ্লিষ্ট করতে উৎসাহিত হবে। স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকবে, কিন্তু শুধু তা এতেই সীমিত থাকবে না, হল:

১। আবশ্যকীয় স্কুল স্বাস্থ্য সেবার মধ্যে রয়েছে: চোখ পরীক্ষা (চশমাসহ), শ্রুতি পরীক্ষ, হাঁপানি, অস্বাভাবিক মোটা হয়ে যাওয়া, স্কলিওসিস, যক্ষা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা, প্রাথমিক চিকিৎসা এবং আবশ্যকীয় এবং সুপারিশকৃত রোগ প্রতিরোধকারী টিকাসমুহ।

২। সামগ্রিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা (পূর্ণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা) যার অন্তর্ভুক্ত স্কুল, খেলাধুলা, কাজ করার জন্য প্রয়োজনীয় কাগজপত্র এবং নতুন ভর্তি।

৩। চিকিৎসক দ্বারা সুপারিশকৃত ল্যাবরেটরি পরীক্ষা যেমন রক্তশূন্যতা, সিকল্ সেল এবং বহুমূত্র।

৪। স্বাস্থ্যের যত্ন এবং চিকিৎসা যার মধ্যে আছে কঠিন এবং দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা ও রোগ এবং ওযুধপত্র দেয়া এবং তার জন্য প্রেসক্রিপশন।

৫। মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা যার অন্তর্ভুক্ত মূল্যায়ন, রোগনির্ণয়, চিকিৎসা এবং সুপারিশ।

৬। রিপ্রোডাকটিভ হেলথ সার্ভিস যার অন্তর্গত যৌনমিলন থেকে বিরত থাকার পরামর্শ, কন্ট্রাসেপশন [বার্থ কন্ট্রোল পিল, কনডম, ডেপো (শট) অন্যান্যের মধ্যে], গর্ভপরীক্ষা, এসটিডি স্ক্রিনিং ও চিকিৎসা, এইচআইভি টেস্টিং, পেপ স্মিয়ার, এবং অস্বাভঅবিক রেজাল্টের ক্ষেত্রে বয়োসিত রেফারাল

৭। ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ প্রতিরোধ যেমন ড্রাগ, অ্যালকহোল এবং ধূমপানের অপব্যবহারসহ গর্ভধারণ প্রতিরোধ এবং পরিহার, যৌনতা দ্বারা সংক্রামিত রোগ এবং এইচআইভিসহ বয়েসোচিত স্বাস্থ্য শিক্ষা এবং পরামর্শ।

৮। দাঁত পরীক্ষা: যাতে আছে রোগনির্ণয়, চিকিৎসা এবং যেখানে সম্ভব সিল করে দেয়া।

৯। স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ব্যবস্থা নেই এমন পরিষেবার জন্য অন্যত্র সুপারিশ।

১০। বার্ষিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নপত্র/সমীক্ষা

স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে পিতামাতার সম্মতির নিউ ইয়র্ক ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের ফ্যাক্ট সিট

এইচআইপিএএ আইনমতে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে পিতামাতার সম্মতি

এই ফরমের পিছনের পৃষ্ঠায় আমার সই স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমতির জন্য। ফেডারেল গোপনীয়তা আইন এবং স্টেট আইন এই তথ্য প্রকাশকে সুরক্ষা করে।

এই সম্মতিপত্রে সই করে আমি নিউ ইয়র্ক সিটির বোর্ড অব এডুকেশন (অন্য নাম নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনে হিশেবে পরিচিত) কে স্বাস্থ্য তথ্য দেবার অনুমতি দিচ্ছি, কেননা এটি আইন অথবা চ্যান্সেলরের বিধি অনুযায়ী আবশ্যিক অথবা এটি শিক্ষাথীর স্বাস্থ্য এবং নিরপত্তা সংরক্ষা করার জন্য জরুরি। আমার অনুরোধে যে প্রতিষ্ঠান অথবা ব্যক্তি এই স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করবে তারা বা সে অবশ্যই আমাকে এই ফরমের অনুলিপি দেবে। পিতামাতা আইন মোতাবেক স্কুলকে কিছু নির্দিষ্ট তথ্য, যেমন টিকা দেয়া সম্পর্কিত তথ্যের প্রমাণ, দিতে বাধিত। এই তথ্য দিতে ব্যর্থ হলে শিক্ষাথীকে স্কুল থেকে বাদ দেয়া হতে পারে।

এই ফরম সম্পর্কিত আমার প্রশ্নের উত্তর দেয়া হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমতি আমাকে দিতে হবে না, এবং যেকোন সময়ে আমি আমার মত পরিবর্তন করতে পারি এবং স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে লিখে আমার অনুমতি প্রত্যাহার করতে পারি। যাহোক, একবার প্রকাশ হয়ে গেলে তা পুনরায় প্রত্যাহার করে যে তথ্য প্রকাশিত হয়ে গিয়েছে তাকে ফেরানোর কোন উপায় নেই।

আমি _____(HCSP)স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রকে অপর পৃষ্ঠায় উল্লিখিত নামের শিক্ষাথীর নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটির বোর্ড অব এডুকেশন (নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন নামেও পরিচিত)-এর কাছে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

আমি স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র থেকে এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন-এর কাছে এবং এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন থেকে স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের সম্মতি দিচ্ছি যাতে বিধিগত আবশ্যকীয়তা মেটে এবং স্কুল আমার সন্তানের স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পেয়েছে তা নিশ্চিত হয়। আমি জানি এই তথ্য ফেডারেল এবং স্টেটের আইন এবং চ্যান্সেলরের গোপনীয়তা বিধি অনুযায়ী গোপন থাকবে:

আইন অথবা চ্যান্সেলরের বিধি অনুযায়ী আবশ্যকীয় তথ্য:

- নতুন ভর্তি পরীক্ষা(ফরম ২১১এস)
- প্রতিষেধক টিকার তথ্য
- চোখ পরীক্ষা এবং শ্রুতি পরীক্ষায় ফল
- যক্ষা সম্পর্কিত পরীক্ষার ফল

স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা রক্ষার তথ্য:

- জরুরি স্বাস্থ্য চিকিৎসার প্রয়োজন আছে এমন অবস্থা (ফরম্ ১০৩এস)
- শিক্ষাথীর দৈনন্দিন কর্মকণ্ডকে সীমিত করে এমন অবস্থা (ফরম ১০৩এস)
- বিশেষভাবে সংক্রমিত রোগ নির্ণয় (এইচআইভি সংক্রমণ বাদে/এসটিআই এবং আইন দ্বারা প্রতিরক্ষাকারী অন্য গোপনীয় পরিষেবা)
- স্বাস্থ্য বীমার কতটুকু ক্ষতিপূরণ দেয়
- স্কুলভিত্তিক হেলথ এনরোলমেন্ট সেন্টারে তালিকাভুক্তি
- ইনডিভিজুয়াল এডুকেশন প্রোগ্রাম (আইপি)

পৃষ্ঠা ১-এ আমার সই _____(HCSP) আমার সন্তানের অন্য প্রদানকারী যারা তাকে পরীক্ষা করেছে তাদের সাথে যোগাযোগের এবং বীমা তথ্য পেতে সম্মতি দেয়।

যে সময় পর্যন্ত তথ্য প্রকাশ অনুমোদিত:

থেকে: অপর পৃষ্ঠায় যে তারিখে ফরম সই করা হয়েছে

প্রতি: যে তারিখ থেকে শিক্ষাথী আর এসবিএইচসি-তে ভর্তি নেই।

PLEASE BE SURE TO REVIEW BOTH SIDES OF THIS CONSENT