

## 2018-2019 সালের জন্য সেকশন 504 বিশেষ সুবিধা প্রদানের অনুরোধ

শিক্ষার্থীর নাম \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর আইডি# \_\_\_\_\_

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

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

504 কো-অর্ডিনেটরের কাছে জমা দেওয়ার তারিখ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 504 কো-অর্ডিনেটরের নাম \_\_\_\_\_

504 কো-অর্ডিনেটরের টেলিফোন # \_\_\_\_\_

### ভাগ 1: প্যারেন্ট/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে ও স্কুলের 504 কো-অর্ডিনেটরের কাছে জমা দিতে হবে

নিচে উদ্দেশ্য এবং তা কীভাবে স্কুলে শিক্ষার্থীর দক্ষতায় প্রভাব ফেলে তার বর্ণনা দিন:

উপরের তালিকাভুক্ত উদ্দেশ্যের আলোকে বিশেষ সুবিধার অনুরোধ করুন। কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনার স্কুলের 504 কো-অর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগ করুন

শিক্ষাগত বিশেষ সুবিধা দেওয়ার জন্য অনুরোধ		For school use only	
অনুরোধকৃত সবকিছু চিহ্নিত করুন:		শুধুমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য	
		Approve	Deny
পরীক্ষণ সুবিধা	<input type="checkbox"/> পরীক্ষার সূচি/গ্রহণের সময় (যেমন বর্ধিত সময়, ইত্যাদি) <input type="checkbox"/> পরীক্ষার পরিবেশ/স্থান <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক প্রযুক্তি <input type="checkbox"/> পরীক্ষার উত্তর প্রদান পদ্ধতি/বিষয়বস্তু সমর্থন <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"/>
শ্রেণিকক্ষ / পাঠ্যক্রম সুবিধা	<input type="checkbox"/> ক্লাসের সূচি/সময়ের ব্যবহার <input type="checkbox"/> ক্লাসের কার্যক্রমের বিন্যাস <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক প্রযুক্তি <input type="checkbox"/> ক্লাসের কার্যক্রমে সাড়াদানের পদ্ধতি/বিষয়বস্তু সমর্থন <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"/>
শিক্ষাগত সহায়তা ও পরিষেবা	<input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য প্যারাপ্রফেশনাল* <input type="checkbox"/> নতুন অনুরোধ <input type="checkbox"/> অনুরোধ নবায়ন <input type="checkbox"/> সুরক্ষা জাল (শুধু হাই স্কুলের জন্য) <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"/>
অন্যান্য বিশেষ সুবিধা (অনুগ্রহপূর্বক উল্লেখ করুন)**		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* পরিষেবা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজন তা নিশ্চিত করার জন্য প্যারাপ্রফেশনালের অনুরোধ অবশ্যই অফিস অফ স্কুলের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক কর্তৃক পর্যালোচনা করতে হবে। অবশ্যই অতিরিক্ত ফরম পূরণ করতে হবে; অনুগ্রহপূর্বক আপনার 504 কো-অর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগ করুন।

\*\* পরিবহনের অনুরোধের জন্য, একটি মেডিকেল মূল্যায়নের অনুরোধ ফরম পূরণ করুন। এই ফরমটি DOE ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে।

### ভাগ 2: পিতামাতার সম্মতি - আপনার স্কুলের 504 কো-অর্ডিনেটরের কাছে জমা দেওয়ার পূর্বে প্যারেন্ট/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে

1973 সালের পুনর্বাসন আইনের 504 নং ধারার আওতায় আপনার সন্তান বিশেষ সুবিধা পাওয়ার যোগ্য হতে পারে। আপনার সন্তানের কাগজপত্র, ক্লাসওয়ার্ক, শ্রেণিকক্ষের পর্যবেক্ষণ, পরীক্ষণ ও স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের বিবৃতি পর্যালোচনা করার জন্য আপনার স্কুলের 504 টিম সাক্ষাৎ করতে পারে। উক্ত পর্যালোচনা আলোকে আপনার সন্তান যদি পরিষেবা পাওয়ার যোগ্য হয়, তবে আপনার সহায়তা ও সম্মতিতে উক্ত টিম একটি 504 পরিকল্পনা তৈরি করবে। 504 পরিকল্পনা বছরের যেকোনো সময় পর্যালোচনা করা হতে পারে, কিন্তু 504 পরিকল্পনাগুলি অবশ্যই প্রত্যেক স্কুল বর্ষে পুনরায় অনুমোদন দিতে হবে।

এই ফরমে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে: 1) আপনি 504 টিমকে আপনার সন্তানের কাগজপত্র পর্যালোচনা করতে এবং আপনার সন্তান বিশেষ সুবিধা পরিষেবা পাওয়ার যোগ্য হবে কি না সে ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে সম্মতি জ্ঞাপন করছেন। 2) আপনি নিশ্চিত করছেন যে আপনার সাধ্যমতো আপনি সম্পূর্ণ ও পূর্ণাঙ্গ তথ্য প্রদান করেছেন। 3) আপনি বুঝেছেন যে অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এবং শিক্ষা বিভাগ (DOE) তাদের পর্যালোচনা ও সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতার উপর নির্ভরশীল। 4) আপনি বুঝেছেন যে OSH ও DOE অন্য যেকোনো তথ্য পেতে পারে যা তারা মনে করে যে আমার সন্তানের চিকিৎসাগত অবস্থা, ঔষধ বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন। OSH আপনার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যেকোনো চিকিৎসক, নার্স বা ফার্মাসিস্টের কাছ থেকে এই তথ্য পেতে পারে।

পূরণকৃত HIPAA ফরম সংযুক্ত করা হয়েছে। (পর্যালোচনার জন্য আবশ্যিক। প্যারেন্টকে অবশ্যই এই ফরমের পিছনের পৃষ্ঠা পূরণ করতে হবে।)

প্যারেন্ট/অভিভাবকের নাম \_\_\_\_\_ দিনের বেলায় যোগাযোগের ফোন নম্বর \_\_\_\_\_

প্যারেন্ট/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## HIPAA অনুসারে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর শনাক্তকারী নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি, অনুরোধ করছি যে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসার ব্যাপারে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এই ফর্মটির বর্ণনামতে প্রকাশ করা যাবে: নিউ ইয়র্ক স্টেটের 1996 সালের স্বাস্থ্য বিমার রূপান্তরযোগ্যতা ও দায়বদ্ধতার (HIPAA) আইন ও গোপনীয়তা বিধি অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদনের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে অ্যালকোহল ও মাদকদ্রব্যের ব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা, সাইকোথেরাপির নোট ব্যতীত, এবং গোপনীয় HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ, কেবলমাত্র যদি আমি আইটেম 7 এর উপযুক্ত লাইনে আমার স্বাক্ষর ব্যবহার করি। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যে এই ধরনের তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকা এবং আমি আইটেম 7 এর বক্সের লাইনে স্বাক্ষর করার অর্থ হলো, আমি বিশেষভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি (“DOHMH”) বিভাগকে এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দিচ্ছি।
- যদি আমি HIV/AIDS-সম্পর্কিত, অ্যালকোহল বা মাদকে নেশাগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দেই, DOHMH কে আমার অনুমতি ছাড়া এই ধরনের তথ্য পুনরায় প্রকাশ করতে নিষেধ করা হয় যদি না কেন্দ্রীয় বা রাষ্ট্রীয় আইন তা করার অনুমতি দেয়। আমি বুঝেছি যে আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্যসমূহ অনুমোদন ব্যতীত যারা গ্রহন বা ব্যবহার করতে পারবে, তাদের একটি তালিকা প্রদানের জন্য অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি HIV/AIDS-সংক্রান্ত প্রকাশিত তথ্যসমূহের কারণে বৈষম্যের 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।
- নিচের তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে লেখার মাধ্যমে যেকোনো সময় এই অনুমতি প্রত্যাহারের অধিকার আমার আছে। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন বাতিল করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতোমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ ব্যতীত।
- আমি বুঝেছি 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 অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH কর্তৃক পুনরায় প্রকাশিত হতে পারে (উপরে আইটেম 2 এ উল্লিখিত ক্ষেত্র ব্যতীত) এবং পুনরায় প্রকাশ কেন্দ্রীয় বা রাষ্ট্রীয় আইনে আর সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য অফিস অফ স্কুল হেলথ এর কাছে, নিউ ইয়র্ক সিটি শিক্ষা বিভাগ এবং নিউ ইয়র্ক সিটি স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধির একটি যৌথ কর্মসূচি, প্রকাশের এবং এই তথ্য নিয়ে আলোচনা করার অনুমতি দিচ্ছি।

<p>7. প্রকাশ ও আলোচনা যোগ্য সুনির্দিষ্ট তথ্য: রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট ব্যতীত), পরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি গবেষণা, ফিল্ম, রেফারেল, পরামর্শ, বিলের কাগজপত্র, বিমার কাগজপত্র এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পাঠানো কাগজপত্র সহ সমগ্র চিকিৎসাগত কাগজপত্র (লিখিত ও মৌখিক)।</p> <p><input type="checkbox"/> যদি এই বাস্তুটি চেক করা হয়, তাহলে আমার উল্লিখিত তারিখ সীমার মধ্যে মেডিকেল রেকর্ড প্রকাশ করুন ও আলোচনা করুন। শুরু তারিখ (তারিখ লিখুন) _____ ও শেষ তারিখ (তারিখ লিখুন) _____।</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____</p>		<p><b>অন্তর্ভুক্ত করুন: (টিক চিহ্ন দিয়ে নির্দেশ করুন)</b></p> <p>_____ অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য</p> <p>_____ মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য</p> <p>_____ HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্য</p>
<p>8. তথ্য প্রকাশের কারণ: এখানে অন্যথায় নির্দেশিত না হলে এই তথ্যসমূহ রোগী বা তার প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হয়:</p>	<p>9. নিউ ইয়র্ক সিটি শিক্ষা বিভাগ দ্বারা পরিচালিত বা অফিস অফ স্কুল হেলথ কর্তৃক সেবাদানকৃত একটি স্কুলে বা প্রোগ্রামে যে তারিখ থেকে রোগী আর তালিকাভুক্ত থাকবে না সে তারিখ থেকে এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ যদি না এখানে সুনির্দিষ্ট করা হয়**:</p>	
<p>10. যদি রোগী না হয়ে থাকেন, যিনি ফরমে স্বাক্ষর করেছেন তার নাম:</p>	<p>11. এই ফরমে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি রোগীর পিতামাতা বা বৈধ অভিভাবক হিসেবে অথবা এখানে যেমনটি উল্লিখিত আছে সেই অনুযায়ী রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য আইন দ্বারা অনুমোদিত:</p>	

এই ফরমের সকল আইটেম পূরণ করা হয়েছে, এই ফরম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের উত্তর দেয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফরমের একটি অনুলিপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগীর অথবা তার আইনসম্মত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

\*AIDS রোগের কারণ হিউম্যান ইমিউন ডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেটের জনস্বাস্থ্য আইন HIV এর লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন ব্যক্তির পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষিত রাখে।

\*\*যদি উপরের আইটেম 9 এ মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ সুনির্দিষ্ট করা হয়, ফরমটির মেয়াদ উক্ত তারিখেই শেষ হবে এবং রোগীর পিতামাতা বা আইনসম্মত অভিভাবক বা আইনে অনুমোদিত অন্য কোনো ব্যক্তি কর্তৃক অবশ্যই একটি নতুন ফরম জমা দিতে হবে।