

(School(s) Covered)

(HCSP)

(HCSP Address)

স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র পরিষেবা

আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অনুমোদিত স্কুল স্বাস্থ্য কর্মসূচির অংশ হিসেবে _____ (HCSP) এর স্টেট-সনদপ্রাপ্ত স্বাস্থ্য পেশাজীবীদের প্রদত্ত স্বাস্থ্য

পরিষেবা নিতে আমার সন্তানকে অনুমতি দিচ্ছি। আমি জানি শিক্ষার্থী এবং স্বাস্থ্য পরিষেবাদানকারীদের মধ্যে আইন অনুযায়ী বিশেষ পরিষেবার ক্ষেত্রে গোপনীয়তা নিশ্চিত করা হবে, এবং শিক্ষার্থীরা 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। আবশ্যিকীয় স্কুল স্বাস্থ্য পরিষেবা যার মধ্যে রয়েছে: দৃষ্টি পরীক্ষা (চশমাসহ), শ্রুতি পরীক্ষা, হাঁপানি, অস্বাভাবিক মোটা হয়ে যাওয়া, স্কলিওসিস, যক্ষ্মা এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা, প্রাথমিক চিকিৎসা এবং আবশ্যিকীয় এবং সুপারিশকৃত রোগ প্রতিরোধকারী টিকাসমূহ।
- ২। সামগ্রিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা (পূর্ণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা) যার অন্তর্ভুক্ত আছে স্কুল, খেলাধুলা, কাজকরার জন্য প্রয়োজনীয় কাগজপত্র এবং নতুন ভর্তি।
- ৩। চিকিৎসক দ্বারা সুপারিশকৃত ল্যাবরেটরি পরীক্ষা যেমন রক্তশূন্যতা, সিকল সেল এবং বহুমূত্র।
- ৪। স্বাস্থ্যের যত্ন এবং চিকিৎসা যার মধ্যে আছে কঠিন এবং দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা ও রোগ এবং ওষুধপত্র দেয়া এবং তার জন্য প্রেসক্রিপশন।
- ৫। মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা যার অন্তর্ভুক্ত মূল্যায়ন, রোগনির্ণয়, চিকিৎসা এবং সুপারিশ।
- ৬। ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ প্রতিরোধ যেমন ড্রাগ, অ্যালকহোল এবং ধূমপানের অপব্যবহারসহ গর্ভধারণ প্রতিরোধ এবং পরিহার, যৌনতা দ্বারা সংক্রামিত রোগ এবং এইচআইভিসহ বয়সোচিত স্বাস্থ্য শিক্ষা এবং পরামর্শ।
- ৭। দাঁত পরীক্ষা: যাতে আছে রোগনির্ণয়, চিকিৎসা এবং যেখানে সম্ভব সিল করে দেয়া।
- ৮। স্কুলভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ব্যবস্থা নেই এমন পরিষেবার জন্য অন্যান্য সুপারিশ।
- ৯। বার্ষিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নপত্র/সমীক্ষা

স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে পিতামাতার সম্মতির নিউ ইয়র্ক ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের তথ্যপত্র
এইচআইপিএ আইনমতে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে পিতামাতার সম্মতি

এই ফরমের পিছনের পৃষ্ঠায় আমার সই স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদান করে। 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 এডুকেশন হিসেবে পরিচিত) কে স্বাস্থ্য তথ্য দেবার অনুমতি দিচ্ছি, কেননা এটি আইন অথবা চ্যান্সেলরের বিধি অনুযায়ী আবশ্যিক অথবা এটি শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা 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 বাধ্য। এই তথ্য দিতে ব্যর্থ হলে শিক্ষার্থীকে 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 কেন্দ্রে অপর পৃষ্ঠায় উল্লিখিত নামের শিক্ষার্থীর 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 আবশ্যিকীয়তা 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 আবশ্যিকীয় তথ্য: | স্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তা রক্ষার তথ্য: |
| - নতুন ভর্তি পরীক্ষা(ফরম ২১১এস) | - জরুরি স্বাস্থ্য চিকিৎসার প্রয়োজন আছে এমন অবস্থা (ফরম ১০৩এস) |
| - প্রতিবেদক টিকার তথ্য | - শিক্ষার্থীর দৈনন্দিন কর্মকাণ্ডকে সীমিত করে এমন অবস্থা (ফরম ১০৩এস) |
| - দৃষ্টি এবং শ্রুতি পরীক্ষায় ফল | - বিশেষভাবে সংক্রামিত রোগ নির্ণয় (এইচআইভি সংক্রমণ বাদে/এসটিআই এবং আইন সুরক্ষাপ্রাপ্ত অন্য গোপনীয় পরিষেবা) |
| - যক্ষ্মা সম্পর্কিত পরীক্ষার ফল | - স্বাস্থ্য বিমা কর্তৃক ক্ষতিপূরণের পরিমাণ |

পৃষ্ঠা ১-এ আমার স্বাক্ষর _____ (HCSP) কে আমার সন্তানের অন্যান্য প্রদানকারী যারা তাকে পরীক্ষা করেছে তাদের সাথে

যোগাযোগের এবং বিমা তথ্য লাভের অনুমতি দেয়।

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 শিক্ষার্থী আর এসবিএইচসি-তে ভর্তি নেই।