

স্বাস্থ্য পরিষেবা/সেকশন 504 বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার অনুরোধের জন্য পিতামাতার ফর্ম 2026- 2027

শিক্ষার্থীর নাম _____ জন্মতারিখ _____ শিক্ষার্থী ID# _____
 স্কুলের নাম _____ স্কুলের ATS/DBN _____ গ্রেড/ক্লাস _____
 অনুরোধকারী পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক _____
 504 কোঅর্ডিনেটর/IEP টিমের কাছে জমা দেয়ার তারিখ _____ 504/IEP কোঅর্ডিনেটরের নাম _____
 শিক্ষার্থী একটি বর্তমান IEP আছে কি? হ্যাঁ না 504/IEP কোঅর্ডিনেটরের ইমেইল _____

পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পুরো ফর্মটি পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটর অথবা IEP টিমের কাছে জমা দিতে হবে।

পার্ট 1: বিশেষ সুবিধাসমূহ অনুরোধের কারণ (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 বা IEP টিমের সাথে যোগাযোগ করুন।

বিশেষ ব্যবস্থার(সমূহের) অনুরোধ অভিভাবক অনুরোধকৃত সবগুলোতে টিক চিহ্ন দিন:	নতুন অনুরোধ, অথবা পরিবর্তন শুধুমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য	পরিবর্তন ছাড়া রিনিউয়াল শুধুমাত্র স্কুলের ব্যবহারের জন্য
পরীক্ষায় বিশেষ সুবিধার ব্যবস্থাসমূহ <input type="checkbox"/> পরীক্ষার সময়সূচি/পরীক্ষা সময়সীমা (যেমন, বর্ধিত সময়) <input type="checkbox"/> পরীক্ষা কেন্দ্রের বিন্যাস/স্থান <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনাসমূহ/সহায়ক প্রযুক্তি <input type="checkbox"/> পরীক্ষায় উত্তর দেয়ার পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহ 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"/>
ক্লাসরুমে / পাঠ্যক্রমে বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা <input type="checkbox"/> ক্লাসের সময়সূচি/সময়ের ব্যবহার <input type="checkbox"/> ক্লাসের বিভিন্ন কর্মকাণ্ডের বিন্যাস <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশাবলী <input type="checkbox"/> ক্লাসের কর্মকাণ্ডে উত্তর দেয়ার পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহ 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"/>
স্বাস্থ্যগত সহায়তাসমূহ প্যারাপ্রফেশনাল <input type="checkbox"/> 1:1 প্যারাপ্রফেশনাল <input type="checkbox"/> অন্য/শেয়ারকৃত প্যারাপ্রফেশনাল: (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____ নার্সিং পরিষেবা (স্কুলের নার্সের কাছে MAF জমা দিন) <input type="checkbox"/> 1:1 নার্স <input type="checkbox"/> স্কুলের নার্স	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
পরিবহন <input type="checkbox"/> দীর্ঘ-মেয়াদী বা অনবরত স্বাস্থ্যগত অবস্থার কারণে পরিবহন ব্যবস্থা (পূরণকৃত MARF জমা দেয়া হয়েছে) (যদি অস্থায়ী স্বাস্থ্যগত অবস্থা অথবা স্বল্প-মেয়াদি সীমিত চলাচল ক্ষমতা হ্রাসের জন্য পরিবহনের অনুরোধ জানান, তাহলে এই প্যারেন্ট রিকোয়েস্ট জমাদানের পরিবর্তে মেডিকেল এক্সপেশন রিকোয়েস্ট-টি 504TransportationRequest@schools.nyc.gov ঠিকানায় পাঠান)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
অন্যান্য পরিষেবা <input type="checkbox"/> অ্যাসিসটিভ টেকনোলজি (সহায়ক প্রযুক্তি) <input type="checkbox"/> সেফটি নেট বা বিশেষ সুরক্ষা ব্যবস্থা (শুধু হাই স্কুলের জন্য) <input type="checkbox"/> অন্যান্য: (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

স্কুল চলাকালে যখন কোনও শিক্ষার্থীর ঊষধ সেবন আবশ্যিক হয় এবং সেটা সে নিজে সেবন করতে সক্ষম নয়, তখন সাধারণত স্কুলের নার্স তাকে সেই ঔষধটি সেবন করান; স্কুল নার্সের কাছে অবশ্যই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম জমা দিতে হবে। 1:1 অনুপাতে নার্সিংয়ের জন্য অনুরোধ, প্যারাপ্রফেশনালের সহায়তা এবং পরিবহন পরিষেবা চিকিৎসাজনিত কারণে প্রয়োজন তা নিশ্চিত করতে একজন অফিস অড 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 অফ 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 রিহাবিলিটেশন অ্যান্ড 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 বিবৃত পর্যালোচনা করতে মিলিত হবেন। পর্যালোচনার ভিত্তিতে আপনার সন্তান যদি পরিষেবার যোগ্য হয়, ঐ টিম আপনার সহায়তা ও সম্মতিক্রমে একটি 504 প্ল্যান বা পরিকল্পনা এবং/অথবা IEP তৈরি করবেন। প্রতি শিক্ষা বছর শেষ হওয়ার আগে অথবা প্রয়োজনে আরো ঘনঘন 504 প্ল্যান (পরিকল্পনা) অবশ্যই পর্যালোচনা করতে হবে।

এই ফর্মে 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 বুঝি যে, OSH এবং DOE তাদের পর্যালোচনা এবং সিদ্ধান্তের জন্য ফর্মে প্রদত্ত

তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করছে। 4) আমি বুঝি যে, OSH এবং DOE আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য প্রয়োজন মনে করলে সংগ্রহ করতে পারে।
যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারেন।

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

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____

দিনের ফোন নম্বর _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____

স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য প্রকাশের অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর পরিচিতি বা আইডেন্টিফিকেশন নম্বর/OSIS#
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, এই ফর্মে যেভাবে বলা হয়েছে, সেই অনুসারে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুরোধ করছি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও 1996 সালের প্রাইভেসি রুল অভ দ্যা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদন অ্যালকোহল ও মাদক দ্রব্য অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং গোপনীয় HIV/AIDS* সংক্রান্ত তথ্য, শুধুমাত্র যদি আমি 7 নং অংশ বা আইটেমের যথাযথ লাইনে আমার নামের আদ্যাক্ষর (ইনিশিয়াল) দেই, তবেই। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোনো তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং যদি আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনটিতে আমার নামের আদ্যাক্ষর (ইনিশিয়াল) দেই, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (“DOE”), যারা যুগ্মভাবে অফিস অভ 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 বুঝি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন, সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার ফলে যদি আমি বৈষম্যের শিকার হই, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অভ হিউম্যান রাইটস-এর সাথে (888) 392-3644 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অভ হিউম্যান রাইটস-এর (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সিগুলোর দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- আমি যে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে (হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার) তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি, তার কাছে যেকোনো সময়ে লিখিতভাবে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝি যে আমি এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারব, তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতোমধ্যে যতটুকু পদক্ষেপ গৃহীত হয়েছে সেটুকু ব্যতীত।
- আমি বুঝি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা প্রীচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, একটি হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি, অথবা সুবিধা বা বেনিফিটের জন্য যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH অথবা DOE পুনরায় প্রকাশ করতে পারে (এর ব্যতিক্রম উপরের আইটেম 2-এ যেমনটি উল্লেখ আছে) এবং এই পুনঃপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে এই তথ্য নিয়ে আলোচনা করার অনুমতি দিচ্ছি।

7. যে সুনির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:

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

নিচে উল্লেখিত স্বাস্থ্যগত অবস্থা আছে এমন রোগীদের জন্য, তথ্য প্রকাশে সম্মতি দিতে আদ্যাক্ষর বা ইনিশিয়াল দিন: (নামের আদ্যাক্ষর বা ইনিশিয়াল দিয়ে উল্লেখ করুন)

_____ অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য। যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তা উল্লেখ করুন: _____

_____ মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য

_____ HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য

এই বক্সটিতে যদি টিক চিহ্ন দেয়া থাকে, তাহলে শুধু এখানে উল্লেখিত স্বাস্থ্য বিষয় তথ্য প্রকাশ এবং সেবিষয়ে আলোচনা করুন: _____

(আপনি যদি না চান যে পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন।)

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: এই তথ্য রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়ে থাকে:	9. এই অনুমোদন ততদিন পর্যন্ত বজায় থাকবে যতদিন পর্যন্ত রোগী DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অভ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে ভর্তি থাকবে, যদি না একটি মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ এখানে উল্লেখ করা থাকে:
10. রোগী ছাড়া যদি অন্য কেউ এই ফর্ম স্বাক্ষর করে, ইংরেজি বড় অক্ষরে তার নাম লিখুন: (পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে)	11. রোগীর সাথে সম্পর্ক: <input type="checkbox"/> স্বয়ং <input type="checkbox"/> পিতামাতা/অভিভাবক <input type="checkbox"/> অন্য (অনুগ্রহ করে বর্ণনা দিন)

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

রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

*হিউম্যান ইমিউনোডেফিশিয়েন্স ভাইরাস থেকে এইডস্ (AIDS) হয়ে থাকে। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারণ পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।

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