





কিন্ডারগার্টেন ওরিয়েন্টেশন গাইড

2027 সালের ফল বা হেমন্তে কিন্ডারগার্টেনে অংশগ্রহণকারী প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদের পরিবারের জন্য



NYC Public Schools

প্রিয় পরিবারবর্গ,

প্রিস্কুল থেকে কিন্ডারগার্টেনে উত্তীর্ণ হওয়ার মাধ্যমে আপনার সন্তানের জীবনে উদ্দীপনাময় একটি নতুন অধ্যায়ের সূচনা হয়। আমরা জানি যে এই উত্তরণ সম্পর্কে আপনার মনে অনেক প্রশ্ন জাগতে পারে এবং আমরা আশা করছি যে সেসব প্রশ্নের অনেকগুলোর উত্তর এই গাইডে পাওয়া যাবে। এই কিন্ডারগার্টেন ওরিয়েন্টেশন গাইডটি হেমন্তে (ফল) কিন্ডারগার্টেনে অংশগ্রহণকারী প্রতিবন্ধিতাযুক্ত ছেলেমেয়েদের পিতামাতাকে তথ্য প্রদান করবে।

আমরা আপনাকে আমাদের কিন্ডারগার্টেন ওরিয়েন্টেশন মিটিংয়ে যোগ দেয়ার জন্যেও আমন্ত্রণ জানাচ্ছি, যেখানে আমরা:

- কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদন (কিন্ডারগার্টেন ভর্তি প্রক্রিয়া) সম্পর্কে তথ্য জানাবো
- কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়াটি ব্যাখ্যা করবো
- স্কুল-বয়সী শিক্ষার্থীদের যেসব স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা দেয়া হবে, সেগুলোর বর্ণনা দিব
- আপনার অন্য কোনো প্রশ্ন থাকলে সেগুলোর উত্তর দিব

আপনি যদি কিন্ডারগার্টেন ওরিয়েন্টেশন মিটিংয়ে যোগদানে আগ্রহী হন, তবে অনুগ্রহ করে আরও তথ্যের জন্য 718-935-2013 নম্বরে ফোন করুন অথবা সময়সূচির জন্য আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন: https://www.schools.nyc.gov/calendar.

নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলগুলিতে স্পেশাল এডুকেশন সম্পর্কিত তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে আমাদের স্কুল-বয়সীদের জন্য স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা সংক্রান্ত ফ্যামিলি গাইড (ফ্যামিলি গাইড টু স্পেশাল এডুকেশন স্কুল-এজ সার্ভিসেস) দেখুন, যা **অনলাইনে** এই ঠিকানায় পাওয়া যাবে: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/special-education-in-nyc**।

আমরা আমাদের শিক্ষার্থীদের সাফল্য নিশ্চিত করার জন্য পরিবারদের সাথে একযোগে কাজ করতে অঙ্গীকারবদ্ধ। আসন্ন শিক্ষা বছরের জন্য আমরা একসাথে পরিকল্পনা করার সময়, আমাদের কর্মীগণ আপনাদের প্রশ্নের উত্তর ও সহায়তা দিতে প্রস্তুত থাকবেন। আপনার সন্তানের কিন্ডারগার্টেনে উত্তরণ যাতে সহজ ও সফল হয়, সেজন্য আমরা আপনার সাথে একযোগে কাজ করার প্রত্যাশা করছি।

আন্তরিকভাবে,

ক্রিস্টিনা ফটি (Christina Foti)
ডেপুটি চ্যান্সেলর
ডিভিশন অভ ইনক্লুসিভ অ্যান্ড অ্যাক্সেসিবল লার্নিং
NYC পাবলিক স্কুলস্

বিষয়সূচি





নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এ স্পেশাল এডুকেশন 4

কিন্ডারগার্টেনের জন্য প্রস্তুতি গ্রহণ: দুইটি প্রক্রিয়া 5

কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদন করা 6

কিন্ডারগার্টেনে **IEP** প্রক্রিয়া 9

ডিস্ট্রিক্ট 1-32-এর স্কুলগুলোতে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবাসমূহ 15

ডিস্ট্রিক্ট 1-32-এর স্কুলগুলোতে বিশেষায়িত বা স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামসমূহ 16

ডিস্ট্রিক্ট 75 19

সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) 20

অন্যান্য কর্মসূচি ও পরিষেবাসমূহ 22

অন্যান্য আসনদানের সুপারিশ 23

প্রিস্কুল থেকে উত্তরণের সময় পিতামাতার অধিকার 24

কীভাবে সহায়তা পেতে পারেন 26

পরিশিষ্ট **A**: প্রতিবন্ধিতার শ্রেণীবিভাগ 27

পরিশিষ্ট **B:** বিভিন্ন ওয়েবসাইট এবং যোগাযোগের তথ্য 28

পরিশিষ্ট **C:** মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মসমূহ 29

নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এ স্পেশাল এডুকেশন



আমরা নিশ্চিত করতে চাই যে, সকল প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীর:

- চ্যালেঞ্জপূর্ণ ক্লাস নেয়ার সুযোগ রয়েছে এবং তাদেরকে যথোপযুক্ত উচ্চ শিক্ষায়তনিক মানদণ্ড অনুযায়ী বিচার করা হয়
- প্রতিবন্ধিতাহীন শিক্ষার্থীদের সঙ্গে যথাসম্ভব একই ক্লাসে শিক্ষাদান করা হয়
- সফল হওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় পরিষেবা লাভের পাশাপাশি, তাদের জোনভুক্ত স্কুলগুলোতে অথবা আগ্রহের স্কুলগুলোতে সর্বোচ্চ সম্ভব অংশগ্রহণ করতে তারা যেন সক্ষম হয়

প্রতিবন্ধিতাযুক্ত সকল শিক্ষার্থী যাদের স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার আবশ্যকতা আছে তাদের ইন্ডিভিজুয়াল এডুকেশন প্রোগ্রাম (IEP) থাকে। IEP-টি একটি টিম তৈরি করে, যার মাঝে পিতামাতা হিসেবে আপনিও অন্তর্ভুক্ত। এতে রয়েছে আপনার সন্তানের আগ্রহ, সে যেগুলিতে ভালো করছে, এবং তার বিভিন্ন চাহিদা সম্পর্কিত তথ্য। IEP আপনার সন্তানের শিক্ষা বছরের জন্যেও লক্ষ্য নির্ধারণ করবে এবং তাতে স্পেশাল এডুকেশন প্রোগ্রাম এবং সংশ্লিষ্ট পরিষেবাসমূহের বিবরণ থাকবে, যেগুলো তার এসব লক্ষ্য পূরণে সহায়ক হবে।



স্পেশাল এডুকেশন একটি “ক্লাস” কিংবা একটি “স্থান” নয়। স্পেশাল এডুকেশন ব্যাপক পরিসরের সহায়তা ও পরিষেবাসমূহের বর্ণনা দেয়:

- একটি IEP-তে স্কুল দিবসের ভিন্ন ভিন্ন সময়ে ভিন্ন ভিন্ন ধরনের ক্লাস এবং পরিষেবাসমূহ অন্তর্ভুক্ত থাকে।
    - উদাহরণস্বরূপ, রিডিংয়ে বাড়তি সহায়তার প্রয়োজন এমন একজন শিক্ষার্থী একটি ছোট-ক্লাস (স্বল্প সংখ্যক শিক্ষার্থী) কাঠামোতে রিডিংয়ে শিক্ষা-নির্দেশনা পেতে পারে এবং দিনের বাকি সময় জেনারেল এডুকেশন (সাধারণ শিক্ষার) ক্লাসে ব্যয় করতে পারে।
- ক্লাসরুমে প্রদানের জন্য একটি IEP বিভিন্ন পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত করতে পারে।
    - উদাহরণস্বরূপ, কোনও ক্লাসরুমে পাঠদানের সময় একজন স্পিচ থেরাপিস্ট একজন শিক্ষার্থীর সাথে কাজ করতে পারেন।
- একটি IEP ভিন্ন কোনো স্থানে প্রদানের জন্যেও পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত করতে পারে।
    - উদাহরণস্বরূপ, একজন গাইডেন্স কাউন্সেলর তার অফিসে কোনও শিক্ষার্থীর সাথে কাজ করতে পারেন।

প্রতিটি শিক্ষার্থীর সুনির্দিষ্ট চাহিদা পূরণের লক্ষ্যে ডিজাইন করা বিভিন্ন পরিকল্পনার মাধ্যমে স্কুলগুলো প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদেরকে স্কুলের জেনারেল এডুকেশন (সাধারণ শিক্ষা) কোর্সগুলোতে যত বেশি সম্ভব সুযোগ প্রদান করতে পারে।

কিন্ডারগার্টেনের জন্য প্রস্তুতি গ্রহণ: দুইটি প্রক্রিয়া

নিউ ইয়র্ক সিটির যেসব পরিবারে এবছর পাঁচ বছর বয়সী হবে এমন ছেলেমেয়ে রয়েছে, স্কুল থেকে একটি অফার পাবার জন্য তাদের কিন্ডারগার্টেনে আবেদন করা উচিত। "কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি" প্রক্রিয়াটি, আপনার সন্তানকে অংশগ্রহণ করাতে কোন্ স্কুলটি(গুলো) আপনি পছন্দ করছেন, তা জানানোর একটি সুযোগ প্রদান করে (মনে রাখবেন, অধিকাংশ শিক্ষার্থীই তাদের জোনভুক্ত স্কুলে অংশগ্রহণ করে)।

স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবাসমূহের প্রয়োজন হতে পারে, এমন নতুন কিন্ডারগার্টেন শিক্ষার্থীর পরিবার হিসেবে আপনি কিন্ডারগার্টেনে IEP প্রক্রিয়া বা "KIP" প্রক্রিয়াতেও অংশগ্রহণ করবেন। এই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে, আপনার সন্তানের কিন্ডারগার্টেনে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা প্রয়োজন আছে কিনা, এবং যদি থাকে, তাহলে সেই পরিষেবাগুলো কী হবে তা IEP টিম নির্ধারণ করবে। অনেক কিন্ডারগার্টেনের শিক্ষার্থী, যাদের স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার চাহিদা রয়েছে, তারা এগুলো স্কুলে কিন্ডারগার্টেন ভর্তি প্রক্রিয়ার মাধ্যমে লাভ করে।

কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি প্রক্রিয়া (কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদন করা)	কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়া (স্পেশাল এডুকেশন সংক্রান্ত বিভিন্ন পরিষেবা এবং সহায়তা নির্ধারণ)
ধাপ 1: মধ্য-হেমন্ত (ফল) থেকে শীতের প্রথম ভাগ পর্যন্ত, কিন্ডারগার্টেনের জন্য আপনার *অপশন বা বিকল্পগুলো অন্বেষণ* করা উচিত। **(6 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**	**ধাপ 1:** যখন IEP টিম আপনার সাথে যোগাযোগ করে, কিন্ডারগার্টেন IEP প্রক্রিয়া তখন শুরু হয়। এই প্রক্রিয়া জুড়ে, আপনি ভিন্ন ভিন্ন কয়েকটি নথি বা ডক্যুমেন্ট পাবেন, যেগুলোকে 'পূর্ব লিখিত নোটিস' (প্রায়োর রিটেন নোটিস, PWN) বলা হয়। শুরু করার জন্য, আপনার IEP টিম, "সুপারিশের বিজ্ঞপ্তি" (নোটিশ অভ রেকমেন্ডেশন) শিরোনামের একটি PWN শেয়ার করবেন। **(9 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**
ধাপ 2: শীতে (উইন্টার), আপনি কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির *আবেদন* করতে পারবেন। শেষ তারিখের মধ্যে আবেদনপত্র জমা দিতে ভুলবেন না। **(7 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**	**ধাপ 2:** যদি প্রয়োজন হয়, আপনার সন্তানকে পুনরায় মূল্যায়ন করা হতে পারে। **(9 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**
ধাপ 3: আপনি যদি কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদন করে থাকেন এবং যদি সেটি শেষ তারিখের আগে জমা দিয়ে থাকেন, তবে আপনি বসন্তে (স্প্রিং) একটি *অফার লেটার* পাবেন। **(7 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**	**ধাপ 3:** আপনার সন্তানের যদি চিকিৎসাগত চাহিদা থাকে, আপনার IEP মিটিংয়ের আগে আপনার IEP টিমের কাছে আপনার মেডিক্যাল ফর্মগুলো জমা দেয়া উচিত। **(10 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**
ধাপ 4: আপনি একটি অফার লেটার পাবার পর, আপনার সন্তানকে স্কুলটিতে *রেজিস্টার* করাতে হবে (বসন্তের প্রথম ভাগ থেকে শেষ নাগাদ পর্যন্ত)। **(7 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**	**ধাপ 4:** আপনি একটি কিন্ডারগার্টেন IEP মিটিংয়ে যোগ দেবেন। মিটিংগুলো মার্চ থেকে অগাস্টের শেষ নাগাদ অনুষ্ঠিত হবে। আপনার মিটিংয়ের সময় নির্ভর করবে আপনি কখন IEP প্রক্রিয়াটি শুরু করেছেন তার উপর। **(11 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**
	ধাপ 5: আপনার সন্তানের যদি কিন্ডারগার্টেনে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার চাহিদা থাকে, আপনি একটি সবুজ *স্কুল লোকেশন লেটার* (স্কুলের ঠিকানা বিষয়ক চিঠি) পাবেন। কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়াটি কখন শুরু করেছেন তার উপর নির্ভর করে আপনি এই চিঠিটি শিক্ষা বছরের শেষ দিক থেকে অগাস্টের শেষ নাগাদ কোনো এক সময় পাবেন। **(13 নং পৃষ্ঠা দেখুন)**

যদি আপনি কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদন করেন, সবুজ *স্কুলের ঠিকানা সংক্রান্ত চিঠিতে (স্কুল লোকেশন লেটার)* আপনি যে আসন পাবেন, সেটা এবং আপনার *অফার লেটারে* উল্লেখিত স্কুল একই হবে (যদি না তার IEP-তে NYC পাবলিক স্কুলস্-এর একটি স্পেশালাইজড্ (ডিস্ট্রিক্ট 75) আসন সুপারিশ করা হয়ে থাকে অথবা আপনার সন্তান কোনো বিশেষায়িত বা স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামে গৃহীত হয়।) আপনি যদি কিন্ডারগার্টেনে আবেদন না করেন, তবে আপনি একটি *অফারের চিঠি* পাবেন না, কিন্তু তবুও আপনার সন্তানের IEP মিটিংয়ের পরে আপনার সন্তান কোনো স্কুলে একটি আসন পাবে।

কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদন করা

ছেলেমেয়েরা যে ক্যালেন্ডার বছরে পাঁচ বছর বয়সী হবে, সেবছর তারা কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির যোগ্য হবে। পরিবারদের হেমন্তে (ফল) বিভিন্ন স্কুলের বিকল্প নিয়ে ভাবতে শুরু করা এবং শীতে (উইন্টারে) স্কুলের অফার পাবার জন্য কিন্ডারগার্টেন ভর্তি প্রক্রিয়ায় অংশ নেয়া উচিত। "কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি প্রক্রিয়া" কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়া থেকে ভিন্ন। **প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদের উভয় কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি প্রক্রিয়া এবং কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করা উচিত।**

যেসব পরিবারে 5 বছর বয়সে পদার্পণ করবে এমন ছেলেমেয়ে রয়েছে, তাদেরকে কিন্ডারগার্টেনে আবেদন করার জন্য উৎসাহিত করা হচ্ছে। আবেদন জমা দেয়ায় কোনও ক্ষতি নেই। যেসব পরিবার একটি সাধারণ কিন্ডারগার্টেন আবেদন জমা দেয়, তারা শুধুমাত্র ঐ স্কুলের ভর্তিতে অগ্রাধিকার অনুযায়ী একটি স্কুলের অফার পেয়ে থাকে। আবেদনপত্রটি IEP-তে উল্লেখিত পরিষেবাসমূহ বিবেচনায় নেয় না। এর অর্থ হচ্ছে যে আপনার আবেদনপত্রের স্কুলগুলোতে একজন IEP-বিহীন শিক্ষার্থীর মতো আপনার একই অগ্রাধিকার আছে।

IEP প্রক্রিয়ার শেষে আপনাকে যদি একটি স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামের জন্য সুপারিশ করা হয়, তবে আপনি সাধারণ কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদনের মাধ্যমে যে অফারটি পেয়েছেন সেটা উপেক্ষা করতে পারেন। এর পরিবর্তে, আপনি কিন্ডারগার্টেন IEP প্রক্রিয়ার মাধ্যমে একটি চূড়ান্ত আসন পাবেন। কিন্তু, যদি আপনি আবেদন না করেন এবং আপনাকে সর্বশেষে কোনও কমিউনিটি স্কুল কাঠামোর জন্য সুপারিশ করা হয়, সেক্ষেত্রে আপনি একটি পছন্দের স্কুলে যোগদানের সুযোগ হারাতে পারেন। প্রথমত, কিন্ডারগার্টেন ভর্তি প্রক্রিয়ার ব্যাখ্যা নিচে দেয়া হলো। এরপর, কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়া সম্পর্কে বিস্তারিত বিষয় জানানো হবে।

কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি প্রক্রিয়া

কোনো স্কুলের ভর্তি প্রক্রিয়ার নিয়মানুযায়ী কিন্ডারগার্টেনে অফারগুলো দেয়া হয়। অধিকাংশ স্কুলের চারপাশের একটি এলাকা থাকে যেটাকে সেটার “জোন” বলা হয়। আপনি যদি এই এলাকার মধ্যে বসবাস করেন, তবে ঐ স্কুলটি হলো আপনার “জোনভুক্ত স্কুল”। আপনার জোনভুক্ত স্কুল ও ডিস্ট্রিক্ট খুঁজতে, 311 নম্বরে ফোন করুন অথবা আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন: **schools.nyc.gov/find-a-school**. ছেলেমেয়েরা কিন্ডারগার্টেনের জন্য তাদের জোনভুক্ত স্কুলে যাবার সম্ভাবনা বেশি—এটি প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদের বেলায়ও সত্যি।

যেসকল পরিবার শেষ তারিখের মধ্যে আবেদনপত্র জমা দিয়েছে তারা একটি অফার লেটার পাবে।



আপনার অপশনসমূহ অন্বেষণ করুন

আবেদন প্রক্রিয়া এবং কীভাবে অফার দেয়া হয় সেবিষয়ে জানতে আমাদের কিন্ডারগার্টেনের ভর্তি প্রক্রিয়া সংক্রান্ত ওয়েবসাইট, **schools.nyc.gov/Kindergarten** দেখুন। বিভিন্ন স্কুল অন্বেষণ করতে **myschools.nyc** দেখুন।

আবেদন করুন

আপনি আপনার জোনভুক্ত স্কুল এবং আগ্রহের অন্য যেকোনো স্কুলে এই শীতে আবেদন করতে পারেন। আবেদন করার আগে আপনার সন্তানের IEP তৈরি হবার জন্য আপনার অপেক্ষা করতে হবে না, কারণ কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির সিদ্ধান্তে IEP বিবেচনায় নেয়া হয় না।



কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদনপত্র জমা দেয়ার দুইটি উপায় রয়েছে:

- অনলাইনে, **MySchools.nyc**-এ
- ফোনে, 718-935-2009 নম্বরে কল করে।

যদি আপনার সহায়তা প্রয়োজন হয়, তবে আপনি সোমবার থেকে বৃহস্পতিবার, 8am থেকে 5pm পর্যন্ত, এবং শুক্রবার, 8 am থেকে 3 pm পর্যন্ত, কোনও ফ্যামিলি ওয়েলকাম সেন্টারের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন (তথ্যের জন্য 311 নম্বরে ফোন করুন অথবা **schools.nyc.gov/welcomecenters** দেখুন)।

13-টি ভাষায় আবেদনপত্রটি অনলাইনে অথবা ব্যাক্তিগতভাবে সংগ্রহ করতে পারেন। 200-টির বেশি ভাষায় ফোনে দোভাষী সেবা লভ্য আছে। কিন্ডারগার্টেনে আবেদন করা সম্পর্কিত আরও তথ্যের জন্য **schools.nyc.gov/Kindergarten** দেখুন অথবা 718-935-2009 নম্বরে ফোন করুন ইমেইলে কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির হালনাগাদ তথ্য পাবার জন্য **schools.nyc.gov/Sign-Up** -এ সাইন-আপ করুন।

একটি অফার গ্রহণ করুন এবং রেজিস্টার করুন

যেসব পরিবার শেষ সময়সীমার মধ্যে আবেদন করেছেন, তারা বসন্তে (স্প্রিং) একটি অফার এবং সেই স্কুলে রেজিস্টার করার তথ্যসহ চিঠি পাবে। শিক্ষার্থীরা প্রক্রিয়াটির মাধ্যমে যে স্কুলে ভর্তির অফার পায়, সেটা থেকে যেসব স্কুলকে বেশি অগ্রাধিকার দিয়েছে, তাদেরকে সেগুলোর অপেক্ষা-তালিকায় আপনাআপনিভাবে যোগ করা হয় (যদি যোগ্য হয়)।

আপনি আপনার অফার পাবার পর, আপনার অফারটি অনলাইনে গ্রহণ করার জন্য **myschools.nyc** ব্যবহার করতে পারেন। এছাড়াও আপনার অফার গ্রহণ করতে আপনি স্কুলের সাথে সরাসরি যোগাযোগ করতে পারেন অথবা ফোনে 718-935-2009 নম্বরে ফোন করতে পারেন। আপনার অফার গ্রহণ করার পর, রেজিস্টার করার জন্য আপনাকে ঐ স্কুলের সাথে অ্যাপয়েন্টমেন্ট করতে হবে।

দ্রষ্টব্য: আপনার যে স্কুল থেকে অফার পেয়েছেন, আপনার সন্তানকে সেখানে রেজিস্টার করালেও আপনি আরেকটি স্কুলের অপেক্ষা-তালিকা বা ওয়েটলিস্ট থেকে অফার পেতে ও গ্রহণ করতে পারেন। আপনাকে রেজিস্ট্রেশনের সময়সীমার মধ্যে স্কুলের অফারের চিঠিতে উল্লেখিত নথি বা ডক্যুমেন্টগুলো নিয়ে আসতে হবে। আপনার সন্তানের IEP তৈরি করতে আপনাকে রেজিস্টার করার জন্য অপেক্ষা করতে হবে না। আসলে, অধিকাংশ IEP-যুক্ত শিক্ষার্থী ভর্তি প্রক্রিয়ার মাধ্যমে যে স্কুলে অফার পায় সেখানেই অংশগ্রহণ করে, সেজন্যে আপনি কিন্ডারগার্টেনের ভর্তি প্রক্রিয়ায় যে স্কুল থেকে অফার পেয়েছেন সেখানেই রেজিস্টার করতে আমরা সুপারিশ করছি।

যদি আপনি এই অফারটি গ্রহণ এবং রেজিস্টার না করেন, তবে ঐ স্কুলটিতে আপনার আসন হারাতে পারেন।

অভিগম্য (প্রতিবন্ধিদের জন্য সুবিধাযুক্ত) স্কুলগুলো সংক্রান্ত দ্রষ্টব্য

অভিগম্যতার চাহিদাযুক্ত শিক্ষার্থীদের জন্য কিছু স্কুল বিল্ডিং অভিগম্য। অভিগম্য স্কুলসমূহের একটি তালিকার জন্য, কিন্ডারগার্টেন ডিরেক্টরিটি পর্যালোচনা করুন, 311 নম্বরে ফোন করুন, অথবা আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন: **https://www.schools.nyc.gov/accessibility.**

আমাদের মাইস্কুলস্ ডিরেক্টরির প্রতিটি স্কুল অথবা প্রোগ্রামে তিনটি অভিগম্যতার স্তরের একটি লেবেল দেয়া থাকবে:
পূর্ণ অভিগম্য, আংশিকভাবে অভিগম্য, অথবা অভিগম্য নয়:

- একটি **পূর্ণ অভিগম্য** বিল্ডিং হলো এমন একটি বিল্ডিং যা 1992 সালের পরে তৈরি করা হয়েছে, ADA-এর সকল ডিজাইন শর্তাবলী মেনে তৈরি করা হয়েছে, এবং চলাচলে সমস্যাযুক্ত ব্যক্তিদের প্রবেশে কোনো সীমাবদ্ধতার সৃষ্টি করে না।
- একটি **আংশিকভাবে অভিগম্য** বিল্ডিং চলাচলে সমস্যাযুক্তদের বিল্ডিংয়ে প্রবেশে ও প্রস্থানে, তাদের প্রোগ্রামে অংশগ্রহণের, এবং কমপক্ষে একটি টয়লেট ব্যবহারের সুবিধা দেয়, কিন্তু পুরো বিল্ডিংটি অভিগম্য (প্রতিবন্ধিতাযুক্তদের জন্য বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা) নাও হতে পারে।

যদি আপনার সন্তানের একটি অভিগম্য স্কুল প্রয়োজন হয়, তাহলে যেসব স্কুল আপনার সন্তানের অভিগম্যতার চাহিদা পূরণ করে সেগুলোতে আবেদন করার বিষয়টি নিশ্চিত করুন। কিন্ডারগার্টেনে ভর্তির আবেদনপত্রে তালিকাভুক্ত আপনার আগ্রহের যেকোনো স্কুল সশরীরে পরিদর্শন করা একটি ভালো আইডিয়া। আপনার সন্তানের যদি অভিগম্যতার চাহিদা আছে বলে নির্ধারিত হয়, তবে সে যেন কিন্ডারগার্টেনের জন্য অভিগম্য স্কুলে আসন পায়, তা নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ নিশ্চিত করবে।

ভর্তি সংক্রান্ত বিভিন্ন তথ্য-উপকরণ ও যোগাযোগ

এখানে আমাদের ওয়েবসাইটটি দেখুন: **schools.nyc.gov/kindergarten**।

আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে **ESenrollment@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইল করুন অথবা 718-935-2009 নম্বরে ফোন করুন।

চার্টার স্কুলে ভর্তির আবেদন করা

চার্টার স্কুলগুলো স্বাধীন পাবলিক স্কুল, যা নিউ ইয়র্ক সিটির সকল ছেলেমেয়ের জন্য উন্মুক্ত এবং ফ্রি। চার্টার স্কুলগুলোতে ভর্তি এবং আবেদন প্রক্রিয়া নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ থেকে ভিন্ন। অধিকাংশ চার্টার স্কুলে আবেদনের শেষ তারিখ বসন্তের (স্প্রিং) প্রথমভাগে হয়ে থাকে।

প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীরা চার্টার স্কুলে আবেদন করতে পারে। চার্টার স্কুলগুলো শিক্ষার্থীর কোনও প্রতিবন্ধিতার কারণে তার আবেদন প্রত্যাখ্যান করতে পারবে না। যেহেতু চার্টার স্কুলে গৃহীত হবার কোনও গ্যারান্টি নেই, এবং যেহেতু চার্টার স্কুলগুলো নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ থেকে ভিন্ন সময়রেখায় ভর্তির অফার প্রদান করে, সেহেতু আপনার নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এর কিন্ডারগার্টেনেও আবেদনপত্র জমা দেয়া উচিত। যদি কোনও চার্টার স্কুল এমন পরিষেবা প্রদান করে যা আপনার সন্তানের চাহিদা পূরণ করে, কিন্তু আপনার সন্তানের IEP-এর সাথে মানানসই নয়, সেক্ষেত্রে স্কুলটি একটি নতুন IEP মিটিং অনুষ্ঠানের জন্য স্থানীয় কমিটি অন স্পেশাল এডুকেশনকে (CSE) অনুরোধ করবে, এবং আপনাকে আমন্ত্রণ জানাবে।

চার্টার স্কুলগুলো সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য,
schools.nyc.gov/enrollment/enroll-in-charter-schools/learn-about-charter-schools দেখুন।

কিন্ডারগার্টেনে IEP প্রক্রিয়া

কিন্ডারগার্টেনে আপনার সন্তানের স্পেশাল এডুকেশনের প্রয়োজন বিবেচনা করতে নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ (NYCPS) আপনার সাথে কাজ করবে। এটাকে "KIP," কিন্ডারগার্টেন IEP প্রসেস্ (কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়া) বলা হয়, এবং এতে আপনার সংশ্লিষ্ট হওয়া গুরুত্বপূর্ণ। কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়ার সময়, NYCPS আপনার সন্তানের কেসটি একটি পাবলিক স্কুল অথবা ডিস্ট্রিক্ট কমিটি অন স্পেশাল এডুকেশন (CSE) অফিসের একটি টিমের কাছে প্রদান করবে। এই টিম আপনার সন্তানের ফাইল পর্যালোচনা করবে এবং নতুন মূল্যায়ন প্রয়োজন আছে কিনা তা নির্ধারণ করবে। কোনো মূল্যায়ন সম্পন্ন হবার পর, আপনার সন্তানের IEP টিমের সদস্য হিসেবে আপনাকে কিন্ডারগার্টেন IEP মিটিংয়ে অংশগ্রহণের জন্য আমন্ত্রণ জানানো হবে।

IEP টিম মিটিংয়ে, আপনার সন্তানের কিন্ডারগার্টেনে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবাগুলো পাবার যোগ্য কিনা তা IEP টিম নির্ধারণ করবে। যদি হ্যাঁ হয়, IEP টিম আপনার সন্তানের IEP তৈরি করবে। IEP-তে আপনার সন্তান কিন্ডারগার্টেনে যে স্পেশাল এডুকেশন প্রোগ্রাম এবং/অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) লাভ করবে, তার বিবরণ থাকবে।



IEP প্রক্রিয়া শুরু করা

IEP প্রক্রিয়া শুরু করতে আপনার সন্তানের NYCPS কিন্ডারগার্টেন IEP টিম আপনার সাথে যোগাযোগ করবে। আপনার সন্তানের *প্রিস্কুল* IEP প্রস্তুতকারী IEP টিমের সাথে *কিন্ডারগার্টেন* IEP টিমের সাদৃশ্য আছে কিন্তু সেগুলো একই রকম নয়। আপনার সন্তান যদি প্রিস্কুলে গত বছরের শুরু থেকে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা গ্রহণ করছে, তবে আপনি হেমন্তে (ফল-এ) একটি ওয়েলকাম প্যাকেট পাবেন এবং শীতে (জানুয়ারি – মার্চ) NYCPS IEP টিম আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার সন্তান যদি তার প্রিস্কুলের শেষ বছরে প্রিস্কুল স্পেশাল এডুকেশন মূল্যায়ন প্রক্রিয়া শুরু করে থাকে এবং তার শেষ প্রিস্কুল বছরে মার্চ মাসের মধ্যে কোনো প্রিস্কুল IEP না পেয়ে থাকে, তবে ঐ প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হবার পর আপনার সাথে যোগাযোগ করা হবে, সাধারণত কিন্ডারগার্টেনের আগে বসন্তে (স্প্রিং) অথবা গ্রীষ্মে (সামার) (এপ্রিল-অগাস্ট)।

যখন আপনার কিন্ডারগার্টেনের IEP টিম যোগাযোগ করবে, তখন তারা নিজেদের পরিচয় দেবে এবং আপনাকে IEP প্রক্রিয়াটি ব্যাখ্যা করবে। IEP প্রক্রিয়া চলাকালে নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এর জন্য লিখিতভাবে নথিপত্র প্রদান করা বাধ্যতামূলক। এই প্রক্রিয়া জুড়ে, আপনি কয়েকটি ভিন্ন ভিন্ন নথি বা ডকুমেন্ট পাবেন, যেগুলোকে 'পূর্ব লিখিত নোটিস' (প্রায়োর রিটেন নোটিস, PWN) বলা হয়। শুরু করার জন্য, আপনার IEP টিম, "সুপারিশের বিজ্ঞপ্তি" (নোটিশ অভ রেকমেন্ডেশন) শিরোনামের একটি PWN শেয়ার করবেন। এই PWN ব্যাখ্যা করে যে NYCPS একটি পুনর্মূল্যায়ন পরিচালনার প্রস্তাব করছে। একটি পুনর্মূল্যায়ন আপনার সন্তান অব্যাহতভাবে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা পাবার যোগ্য কিনা তা নির্ধারণ করবে, যদি হ্যাঁ হয়, তবে পরবর্তী বছর কিন্ডারগার্টেনে কোন কোন পরিষেবা তাদের চাহিদা পূরণ করবে তাও নির্ধারণ করবে। এছাড়াও, PWN আপনার NYCPS কিন্ডারগার্টেন IEP টিম-এর যোগাযোগের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করবে; এটা একজন স্টাফ সদস্যের নাম ও ফোন নম্বর শেয়ার করবে। অবশেষে, আপনার সন্তানের মূল্যায়ন পরিচালনায় PWN-টি আপনার সম্মতির অনুরোধ সহ আসতে পারে।

আপনার সন্তানের NYCPS-এর IEP টিম, হয় কোনো নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল, নাহয় আপনার বরোর কোনো কমিটি অন স্পেশাল এডুকেশন-এর (CSE) সাথে কাজ করতে পারে। আপনার সন্তানের IEP টিম-এর স্থান, আপনার সন্তান আগামী বছর যে স্কুলে যাবে সেখানে অবস্থিত নাও হতে পারে। এটা শুধু হচ্ছে এমন একটি দল, যারা আপনার সাথে কিন্ডারগার্টেন স্পেশাল এডুকেশন প্রক্রিয়াটি নিয়ে কাজ করবে। আপনি এবং আপনার সন্তানের প্রিস্কুল স্পেশাল এডুকেশন শিক্ষক ও সংশ্লিষ্ট পরিষেবা প্রদানকারীরাও IEP টিম-এর অংশ।

আপনার সন্তানের যদি প্রিস্কুল IEP থেকে থাকে, এবং কোনো NYCPS কিন্ডারগার্টেন IEP টিম মার্চ মাসের মধ্যে যোগাযোগ না করে, তবে আপনি **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইল করতে পারেন।

যদি আপনার সন্তান প্রিস্কুল স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার জন্য যোগ্য নির্ণীত হয়ে থাকে কিন্তু আপনি সম্মতি দেননি অথবা আপনি আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করে থাকেন (ফিরিয়ে নেন); তারপরও, কিন্ডারগার্টেন IEP প্রক্রিয়া শুরু করার জন্য শীতে (জানুয়ারি – মার্চ) আপনার সাথে যোগাযোগ করা হবে। যদিও উপরোক্ত বাকি সবকিছু একই, আপনি "নোটিস অভ রেফারেল" (সুপারিশের বিজ্ঞপ্তি) শিরোনামে একটি সামান্য ভিন্ন PWN পাবেন। এই চিঠি ব্যাখ্যা করে যে আপনার সন্তান কিন্ডারগার্টেনে প্রবেশের পর আপনার সন্তানের স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ একটি প্রাথমিক মূল্যায়ন পরিচালনার (আপনার সম্মতি নিয়ে) প্রস্তাব করছে।

নতুন মূল্যায়নসমূহ (যদি প্রয়োজন হয়)

নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ আপনার সন্তানের ফাইল পর্যালোচনা করবে, এতে রয়েছে তার প্রিস্কুল শিক্ষক এবং সম্পর্কিত পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছ থেকে মূল্যায়ন ও অগ্রগতির রিপোর্ট। এটি মূল্যায়নের প্রয়োজন হলে নতুন কী মূল্যায়ন করা হবে, তা নির্ধারণে সহায়তা করবে। নতুন মূল্যায়নের প্রয়োজন আছে কিনা সেই তথ্য সহ ডাকযোগে অথবা ইমেইলে আপনি চিঠি পাবেন। যদি নতুন মূল্যায়ন প্রয়োজন হয়, তাহলেও আপনি আরেকটি চিঠি অথবা ইমেইল পাবেন যেখানে আপনার সম্মতি চাওয়া হবে। আপনি সম্মতি দিলে, NYCPS আপনার সন্তানের নতুন মূল্যায়ন পরিচালনা করতে পারে, যেখানে আপনার সন্তানের প্রিস্কুল ক্লাসরুমে তার পর্যবেক্ষণ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

এছাড়াও, IEP-এর টিমের কাছে চিঠির মাধ্যমে লিখিতভাবে অথবা ইমেইলের মাধ্যমে NYCPS দ্বারা নির্দিষ্ট কোনও মূল্যায়ন পরিচালনার অনুরোধ জানানোর অধিকার আপনার আছে এবং NYCPS আপনার এই অনুরোধ পর্যালোচনা করবে। NYCPS-এর বাহির থেকে প্রাপ্ত কোনো মূল্যায়নের রিপোর্ট অথবা আপনার IEP টিম প্রদত্ত অন্যান্য নথিপত্র, আপনি IEP টিম দ্বারা মূল্যায়নে যোগ করতে চাইলে, সেগুলো দিতে পারেন। আপনার কাছে যদি অন্য কোনো বাড়তি মূল্যায়নের রিপোর্ট অথবা ডকুমেন্ট থাকে, তবে আপনার সন্তানের টিমের এসব তথ্য পর্যালোচনা এবং বিবেচনার জন্য পর্যাপ্ত সময় আছে তা নিশ্চিত করতে, অনুগ্রহ করে IEP মিটিংয়ের আগে সেগুলো আপনার IEP টিমকে দিন।

যদি নতুন মূল্যায়ন পরিচালিত হয়, তাহলে আপনি IEP মিটিংয়ের আগে রিপোর্টগুলোর কপি পাবেন।

IEP মিটিংয়ের আগে মেডিক্যাল ফর্মগুলো প্রদান করুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

স্কুল চলাকালে অথবা স্পেশালাইজড্ পরিবহনে বিশেষ ব্যবস্থায় থাকার সময় আপনার সন্তানের যদি স্বাস্থ্যগত/চলাচলে সুবিধার জন্য ওষুধ-পত্র অথবা চিকিৎসা আবশ্যক হয়, আপনাকে IEP টিমের কাছে আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী দ্বারা পূরণকৃত একটি মেডিক্যাল অ্যাকোমোডেশন রিকোয়েস্ট ফর্ম (MARF), মেডিক্যাল অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF), এবং/অথবা মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড ট্রিটমেন্ট ফর্ম (MPTF) প্রদান করতে হবে।

শুধুমাত্র স্কুল দিবসে আপনার সন্তানের চাহিদার সাথে প্রাসঙ্গিক MAF-গুলো পূরণ করা আবশ্যিক। অসম্পূর্ণ ফর্ম জমা দিলে প্রক্রিয়াকরণে এবং এর ফলে পরিষেবা শুরু হতে দেরি হতে পারে।

আপনার IEP টিম আপনাকে এই প্যাকেট দিতে পারে অথবা আপনি এটি **অনলাইনে**, নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এর ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services** থেকে সংগ্রহ করতে পারেন।

অনুগ্রহ করে ফর্মগুলো আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী পূরণ করার পর যত শীঘ্রই সম্ভব সেগুলো আপনার IEP টিমের কাছে জমা দিন এবং একটি কপি আপনার নিজস্ব রেকর্ডের জন্য রেখে দিন।



যদি আপনার সন্তানের জন্য একটি 1:1 নার্স এবং/অথবা একজন ট্র্যান্সপোর্টেশন) নার্স সুপারিশ করা হয়ে থাকে, তবে একটি নার্সিং এজেন্সিকে জানানো হবে এবং পরিষেবা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা হবে। এজেন্সিকে দেয়ার জন্যে অনুগ্রহ করে সবচেয়ে হালনাগাদকৃত MAF-গুলো রাখবেন।

অনুগ্রহ করে স্মরণ রাখবেন যে অধিকাংশ নার্স সেবার পর্যালোচনা বর্তমান বছরের MAF-গুলো দিয়ে পরিচালিত হবে। আসন্ন শিক্ষা বছরের MAF-গুলো নিয়মিতভাবে মে মাসের প্রথম সপ্তাহে লভ্য করা হয় এবং সেগুলো সেপ্টেম্বরে স্কুলের প্রথম দিন ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সেবা পাবার জন্য পূরণ করতে হবে। মে মাসে নতুনগুলোর জন্য এখানে নজর রাখুন: **https://www.schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**

অধিকাংশ প্রিস্কুল শিক্ষার্থী নিবিড় 1:1 নার্স সহায়তা পাবে, এর মূল কারণ হলো স্কুলে কোনও স্কুল-নার্স নেই। অধিকাংশ NYC পাবলিক স্কুলের স্কুল প্রাঙ্গণে একজন ফুল-টাইম নার্স রয়েছে, সেজন্যে অধিকাংশ শিক্ষার্থী নিরাপদভাবে স্কুলের নার্স দ্বারা পরিষেবিত হতে পারে এবং একজন 1:1 নার্সের আর প্রয়োজন নেই।

স্পেশালাইজড্ পরিবহন ব্যবস্থা সংক্রান্ত দ্রষ্টব্য

NYCPS বিশেষায়িত বা স্পেশালাইজড্ পরিবহন সুবিধা দেয়, যাদের ইন্ডিভিজুয়ালাইজড এডুকেশন প্রোগ্রাম (IEPs) শিক্ষার্থীর প্রতিবন্ধিতার জন্য নিরাপদে পাবলিক ট্র্যান্সপোর্টেশন ব্যবহার করতে অক্ষমতার কারণে এই পরিষেবা সুপারিশ করে।

কার্ব-টু-স্কুল পরিবহন ব্যবস্থা হলো যখন কোনও বাস শিক্ষার্থীকে তার বাড়ির সবচেয়ে নিকটস্থ রাস্তার পাশ থেকে স্কুলে নিয়ে যায় এবং আবার সেখানেই ফিরিয়ে দিয়ে যায়। শুধুমাত্র যেসব IEP-যুক্ত শিক্ষার্থীর **ইন্ডিভিজ্যুয়ালাইজড্ এডুকেশন প্রোগ্রামে**, কার্ব-টু-স্কুল বাস পরিষেবা সুপারিশ করা হয়, তারা কার্ব-টু-স্কুল পরিবহন ব্যবস্থা পাওয়ার যোগ্য। কার্ব-টু-স্কুল বাসে একজন বাস চালক এবং শিক্ষার্থীদের তত্ত্বাবধানকারী কর্মী বা অ্যাটেন্ডেন্ট নিযুক্ত থাকেন।

চিকিৎসাগত চাহিদা অথবা চলাচল-ক্ষমতার সীমাবদ্ধতার কারণে কার্ব-টু-স্কুল বাস পরিষেবা গ্রহণকারী কিছু শিক্ষার্থীর জন্য আবশ্যক অতিরিক্ত বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ প্রদান করবে। এগুলোতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে 1:1 নার্সিং অথবা স্বাস্থ্য সেবাদানকারী প্যারাপ্রফেশন্যাল, অ্যাডাপটিভ বা অভিযোজিত গাড়ির আসন, এবং/অথবা সীমিত সময়ের জন্য ভ্রমণ। আপনার সন্তানের যদি এই ধরনের কোনো পরিষেবা অথবা বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার প্রয়োজন হয়, তবে আপনাকে আপনার IEP টিমের কাছে IEP মিটিংয়ের যথাসম্ভব আগে একটি HIPAA অথরাইজেশন এবং আপনার সন্তানের ডাক্তার দ্বারা পূরণকৃত মেডিক্যাল অ্যাকমোডেশন রিকোয়েস্ট ফর্ম (MARF) প্রদান করতে হবে।

যদি আপনার সন্তানের জন্য কার্ব-টু-স্কুল বাস পরিষেবা সুপারিশ না করা হয়ে থাকে, তবে আপনার বাছাই করা স্কুলের সাথে কোথায় বসবাস করছেন সেই প্রাসঙ্গিকতায় এবং স্কুলটি স্টপ-টু-স্কুল বাস পরিষেবা অফার করে কিনা সেটার ভিত্তিতে, একটি স্টপ-টু-স্কুল রুট-এ তার জন্য একটি স্কুল বাস স্টপ নির্ধারণ করা হতে পারে। স্কুলের পরিবহনের অপশনগুলো সম্পর্কে আরও জানতে স্কুলের ট্র্যান্সপোর্টেশন কোঅর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগ করুন।

কিন্ডারগার্টেনে IEP মিটিং

আপনি আপনার সন্তানের **ইন্ডিভিজুয়ালাইজড্ এডুকেশন প্রোগ্রাম** মিটিংয়ের কমপক্ষে পাঁচ দিন আগে মিটিংয়ের তারিখ, সময়, এবং স্থানের তথ্যসহ একটি চিঠি পাবেন।

আপনার সন্তানের IEP মিটিং সম্ভবত শীতের শেষ ভাগে আপনার সন্তানের জোনভুক্ত এলিমেন্টারি স্কুলে অনুষ্ঠিত হবে (যেহেতু অনেক KIP কেস তাদের জোনভুক্ত স্কুলে ধার্য করা হয়)। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে, নির্দিষ্ট কোনো স্কুলে IEP মিটিং অনুষ্ঠিত হবার অর্থ এই নয় যে আপনার সন্তান ঐ স্কুলে পড়াশোনা করবে।

পিতামাতা বা অভিভাবক হিসেবে, আপনি IEP টিমের একজন অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ সদস্য। IEP টিম-এর অন্য সদস্যগণ সশরীরে উপস্থিত থেকে, ভার্চুয়ালভাবে, অথবা ফোনের মাধ্যমে অংশগ্রহণ করতে পারেন এবং এতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারেন:



- **আপনার সন্তানের বর্তমান শিক্ষকগণ এবং সংশ্লিষ্ট পরিষেবা প্রদানকারীকে(দের) অংশগ্রহণ করতে জোরালোভাবে উৎসাহিত করা হয়**
- আপনার সন্তান যে স্কুল থেকে কিন্ডারগার্টেনের জন্য অফার পেয়েছে সেখান থেকে একজন প্রতিনিধি
- একজন স্কুল সাইকোলজিস্ট
- আপনার সন্তান সম্পর্কে জানেন এমন ব্যক্তিবর্গ অথবা বিশেষ বিশেষজ্ঞ

আপনি যদি ইংরেজি ভিন্ন অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন, মিটিংয়ের আগে আপনার IEP টিমকে জানিয়ে দিন যে, আপনার একজন দোভাষীর প্রয়োজন এবং NYCPS সেই অনুযায়ী ব্যবস্থা নেবে।

একজন “প্যারেন্ট মেম্বার" (পিতামাতা সদস্য) হলো একটি IEP ছিল এমন অন্য শিক্ষার্থীর পিতামাতা। আপনার সন্তানের IEP মিটিংয়ে যোগদানের জন্য আপনি একজন পিতামাতা সদস্যকে অনুরোধ জানাতে পারেন। আপনি মিটিংয়ে একজন স্কুল চিকিৎসককেও যোগদানের জন্য অনুরোধ জানাতে পারেন। আপনি যদি চান IEP মিটিংয়ে কোনো পিতামাতা সদস্য অথবা চিকিৎসক যোগ দিক, তবে আপনাকে অবশ্যই মিটিংয়ের কমপক্ষে 72 ঘণ্টা আগে আপনার IEP টিমের কাছে লিখিতভাবে অনুরোধ জানাতে হবে।

কিন্ডারগার্টেনে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা পাবার যোগ্যতা

কিন্ডারগার্টেনের **IEP** মিটিংয়ে, IEP টিম যা করবে:

- আপনার সন্তানের কিন্ডারগার্টেনে স্পেশাল এডুকেশন পাবার চাহিদা (“যোগ্যতা”) আছে কিনা তা নির্ধারণ করে, এবং যদি থাকে,
- কিন্ডারগার্টেনের জন্য একটি IEP অথবা ইন্ডিভিজুয়ালাইজড্ এডুকেশন সার্ভিসেস প্ল্যান (IESP) তৈরি করে।

আপনার সন্তান যদি যোগ্য না হয়, তাহলে আপনার সন্তান যোগ্য নয়, অথবা তাকে যে “বর্গচ্যুত (ডিক্লাসিফায়েড)" করা হয়েছে, সেটা জানাতে IEP টিম কাগজপত্র তৈরি করবে।

প্রিস্কুলে, IEP-যুক্ত প্রত্যেক শিক্ষার্থীকে তার IEP-তে একজন “প্রতিবন্ধিতাযুক্ত প্রিস্কুল শিক্ষার্থী” হিসেবে চিহ্নিত ("ক্লাসিফায়েড বা বর্গীকরণ") করা হয়। কিন্ডারগার্টেন এবং এরচেয়ে উপরের গ্রেডের জন্য, আপনার সন্তানকে 13-টি প্রতিবন্ধিতার শ্রেণীর একটির মাপকাঠি অবশ্যই পূরণ করতে হবে যা **সংযুক্তি A**-তে বর্ণিত আছে। আপনার সন্তানের IEP অথবা IESP-তে এই শ্রেণীটি লিপিবদ্ধ থাকবে।

বর্গচ্যুত (ডিক্লাসিফায়েড)/অনুপযুক্ত

যদি আপনার সন্তানের প্রিস্কুল IEP থাকে কিন্তু IEP টিম নির্ধারণ করে যে আপনার সন্তান কিন্ডারগার্টেনে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা লাভের উপযুক্ত নয়, তবে আপনার সন্তানকে “বর্গচ্যুত (ডিক্লাসিফায়েড)” করা হবে। আপনার সন্তান যদি বর্গচ্যুত (ডিক্লাসিফায়েড) হয়, তবে আপনার সন্তান কিন্ডারগার্টেনে একটি জেনারেল এডুকেশন ক্লাসে যোগ দেবে। এক্ষেত্রে, IEP টিম আপনার সন্তানের প্রথম বছরে স্পেশাল এডুকেশন ব্যতীত সহায়তামূলক পরিষেবার সুপারিশ করতে পারে। এই “বর্গচ্যুতিকরণ (ডিক্লাসিফিকেশন) সহায়তা পরিষেবাগুলোর” অন্তর্ভুক্ত হতে পারে:

- শিক্ষা-নির্দেশনামূলক সহায়তা
- বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা
- অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস), যেমন স্পিচ থেরাপি বা কাউন্সেলিং

আপনার সন্তানকে যদি প্রথম বারের মতো স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার জন্য মূল্যায়ন করা হয় এবং IEP টিম দেখে যে, সে 13-টি

প্রতিবন্ধিতা শ্রেণীর কোনোটির শর্তই পূরণ করে না, তবে আপনার সন্তান স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার জন্য "যোগ্য নয়" হিসেবে নির্ধারিত হবে। সেক্ষেত্রে, আপনার সন্তান কিন্ডারগার্টেনে একটি জেনারেল এডুকেশন (সাধারণ শিক্ষ) ক্লাসে যোগ দেবে।

যদি আপনার সন্তান 13-টি শিক্ষাগত প্রতিবন্ধিতা শ্রেণীবিভাগের কোনোটির মানদণ্ড পূরণ করে না, কিন্তু তার কোনো নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য বা আচরণগত চাহিদা থাকে যার জন্য স্কুলের বিভিন্ন প্রোগ্রাম বা কর্মকাণ্ডে পূর্ণভাবে অংশগ্রহণের জন্য বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার আবশ্যকতা আছে, তাহলে সে সেকশন 504 বিশেষ সুবিধার যোগ্য হতে পারে। 504 পরিকল্পনাসমূহ এবং বিশেষ সুবিধা বিষয়ক আরও তথ্যের জন্য, NYC পাবলিক স্কুলস্-এর ওয়েবসাইট, **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/504-accommodations** দেখুন অথবা কিন্ডারগার্টেনের বছরের শুরুতে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটর অথবা গাইডেন্স কাউন্সেলরের সাথে কথা বলুন।

কিন্ডারগার্টেন ইন্ডিভিজুয়ালাইজড্ এডুকেশন প্রোগ্রাম (IEP)

কিন্ডারগার্টেনে আপনার সন্তানের যদি স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার চাহিদা থাকে, তবে একটি IEP তৈরি করা হবে। IEP-তে আপনার সন্তানের সক্ষমতা, আগ্রহ, এবং সুনির্দিষ্ট চাহিদাসমূহ সম্পর্কিত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকবে। আপনার সন্তান কিন্ডারগার্টেনে কী কী দক্ষতা অর্জনে কাজ করবে সেগুলোর বর্ণনাসহ IEP টিম বিভিন্ন লক্ষ্য নির্ধারণ করবে। IEP টিম এরপর নির্ধারণ করবে সেই লক্ষ্যগুলো অর্জনে আপনার সন্তানের কী ধরনের সহায়তা, পরিষেবা, এবং স্কুলের বিন্যাস আবশ্যক হবে। IEP মিটিংয় শেষে, IEP-এর একটি কপি আপনাকে দেয়া হবে অথবা আপনার কাছে দুই সপ্তাহের মধ্যে ডাকযোগে পাঠানো হবে।

কিন্ডারগার্টেনে ইন্ডিভিজুয়ালাইজড্ এডুকেশন সার্ভিসেস প্ল্যান (IESP)

আপনার সন্তান যদি নিউ ইয়র্ক সিটির কোনো প্রাইভেট অথবা ধর্মীয় (প্যারোকিয়াল) স্কুলে পড়ে, সে NYCPS প্রদত্ত স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা এবং/অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবার (রিলেটেড সার্ভিস) যোগ্য হতে পারে। যদি আপনি সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন যে আপনার সন্তানকে প্রাইভেট অথবা ধর্মীয় স্কুলে পাঠাবেন, তবে আপনাকে আপনার IEP টিমকে জানাতে হবে যে, আপনি কোনও পাবলিক স্কুলে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা গ্রহণ করতে চাচ্ছেন না। যদি আপনার সন্তান স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবার যোগ্য হয়, তবে IEP টিম একটি ইন্ডিভিজ্যুয়ালাইজড্ এডুকেশন সার্ভিস প্ল্যান (IESP) তৈরি করবে। আপনার সন্তান প্রাইভেট অথবা ধর্মীয় স্কুলে পড়াশোনার সময়, তাকে যে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা এবং/অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবা প্রদান করা হবে, সেগুলো তার IESP-তে বর্ণিত থাকবে। আপনার সন্তান যে প্রাইভেট অথবা ধর্মীয় স্কুলে পড়বে, আপনাকে সে স্কুলের নাম এবং ঠিকানা আপনার IEP টিমকে প্রদান করতে হবে। আপনার সন্তান কোন্ স্কুলে যাবে সেবিষয়ে আপনি নিশ্চিত না হলে IEP টিমের উচিত হবে IEP প্রণয়ন করা।

যদি আপনি আপনার সন্তানকে নিউ ইয়র্ক সিটির *বাহিরের* কোনও পাবলিক স্কুলে ভর্তি করবেন বলে সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে আপনার IEP টিমকে সেটা জানাতে হবে। তারা আপনাকে স্কুলটি যে স্কুল ডিস্ট্রিক্টে অবস্থিত সেখানে যোগাযোগ করার তথ্য দেবেন এবং সেই ডিস্ট্রিক্ট একটি পরিকল্পনা তৈরি করার জন্য আপনার সঙ্গে কাজ করার পাশাপাশি যেকোনো স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা প্রদান করবে।

আপনার জন্য IESP প্রণয়নের পর যদি কখনও আপনার পরিকল্পনা পরিবর্তিত হয় এবং আপনি সন্তানের জন্য IEP ও পাবলিক স্কুলে আসন অনুরোধ করতে চান, তাহলে আপনাকে আপনার IEP টিমের সাথে যোগাযোগ করে একটি নতুন IEP মিটিংয়ের জন্য অনুরোধ জানাতে হবে।

স্কুল লোকেশন লেটার (স্কুলের অবস্থানের চিঠি) গ্রহণ করুন

আপনি ডাকযোগেও একটি সবুজ রঙের "স্কুল লোকেশন লেটার" (স্কুলের ঠিকানা সংক্রান্ত চিঠি) পাবেন। এটি আপনি বসন্তের (স্প্রিং) শেষ দিক থেকে গ্রীষ্মের (সামার) শেষ দিকে প্রত্যাশা করতে পারেন। এই নোটিসের মধ্যে থাকবে আপনার সন্তানের IEP এবং সুপারিশকৃত স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল সম্পর্কিত তথ্য—এটিকে "আসন প্রদান" (প্লেসমেন্ট) বলা হয়। আপনি শুধু তখনই একটি সবুজ স্কুলের ঠিকানা সংক্রান্ত চিঠি (লোকেশন লেটার) পাবেন যদি আপনার সন্তানকে নন-স্পেশালাইজড্ ডিস্ট্রিক্ট 1-32 অথবা স্পেশালাইজড্ ডিস্ট্রিক্ট 75 স্কুলের জন্য সুপারিশ করা হয়।

অধিকাংশ শিক্ষার্থী ডিস্ট্রিক্ট 1–32-এর কোনো স্কুলে আসনের জন্য সুপারিশ পেয়ে থাকে (**15 নং পৃষ্ঠা দেখুন**)। আপনি কীভাবে আবেদন করেছেন সেটার উপর নির্ভর করে নিচে বর্ণিত তিনটি ভিন্ন পরিস্থিতিতে আপনার সন্তানের আসন প্রাপ্তি একটি ডিস্ট্রিক্ট 1– 32 স্কুলে হতে পারে:

- যদি আপনি কিন্ডারগার্টেনে আবেদন করেন, তবে আপনার সন্তানের পরিষেবা সে যেখানে ভর্তির অফার পেয়েছে এবং রেজিস্টার করেছে, সেখানে পাবে।
- আপনি যদি কিন্ডারগার্টেনে আবেদন না করেন, তবে আপনার সন্তানকে আপনি যে ডিস্ট্রিক্টের বসবাস করছেন সেখানকার একটি স্কুলে আসন দেয়া হবে, এবং আপনার সন্তানের পরিষেবা সেখানেই প্রদান করা হবে।
- যদি আপনার সন্তান "স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামে" গৃহীত হয় (যেমন ASD হরাইজন, নেস্ট, অথবা ACES), আপনার সন্তান এমন একটি স্কুলে আসন পাবে যে স্কুলটি ঐ প্রোগ্রামটি অফার করে (**16 নং পৃষ্ঠা দেখুন**)।
- আপনার সন্তানের IEP যদি স্পেশালাইজড্ (ডিস্ট্রিক্ট 75) স্কুল সুপারিশ করে, তাকে যথাযথ ডিস্ট্রিক্ট 75 স্কুলে একটি আসন প্রদান করা হবে (**19 নং পৃষ্ঠা দেখুন**)।



যদি আপনার সন্তানের IEP স্টেট-অনুমোদিত, স্টেটের সহায়তাপ্রাপ্ত, অথবা স্টেট-পরিচালিত নন-পাবলিক স্কুল সুপারিশ করে, তবে আপনার সন্তান যে স্কুলে গৃহীত হয়েছে সেখানে সুপারিশকৃত পরিষেবা প্রদান করা হবে।

যদি আপনার সন্তানের জন্য একটি অভিগম্য স্কুল আবশ্যক হয়, তবে আপনার সন্তানকে সেই ধরনের একটি স্কুলে আসন দেয়া হবে।

পরিবারের সাথে মিটিং

সবুজ 'স্কুল লোকেশন লেটার' (স্কুলের ঠিকানা সংক্রান্ত চিঠি) পাওয়ার পর, আপনার সন্তানের নতুন স্কুলের কর্মীগণ আপনাকে "পরিবারের সাথে মিটিংয়ে" আমন্ত্রণ জানাতে পারেন, যদি ঐ স্কুলটি আপনার সন্তানের কিন্ডারগার্টেন IEP মিটিংয়ে অংশ না নিয়ে থাকে। এই মিটিং আপনাকে স্কুল পরিদর্শন করার, স্কুল-কর্মীদের সাথে পুনরায় আপনার সন্তানের IEP পর্যালোচনা করার, সন্তান সম্পর্কে তথ্য বিনিময় করার, এবং IEP-তে সুপারিশকৃত পরিষেবাগুলো সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে তা করার একটি সুযোগ দেবে। পরিবারের জন্য মিটিংটি হবে একটি অনানুষ্ঠানিক আলোচনা। আপনি ফোনে এতে অংশগ্রহণে আগ্রহী হলে কিংবা আদৌ অংশগ্রহণ করতে না চাইলে, অনুগ্রহ করে স্কুলে জানিয়ে দিন। আপনি যদি স্কুল পরিদর্শন অথবা পরিবারের জন্য বা ফ্যামিলি মিটিং করতে চান, তবে আপনি স্কুলের প্যারেন্ট কোঅর্ডিনেটর অথবা প্রিন্সিপালের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

KIP সংক্রান্ত বিভিন্ন সংস্থান এবং যোগাযোগের তথ্য

কোনো প্রশ্ন ও উদ্বেগ থাকলে আপনার IEP টিমের সাথে যোগাযোগ করুন। আপনার IEP টিম আপনাকে কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়ায় সহায়তা করবে। কিন্ডারগার্টেন IEP প্রক্রিয়ার শুরুতে আপনাকে পাঠানো 'নোটিস অভ রেকমেন্ডেশন'-এ (অথবা 'নোটিস অভ রেফারেল বা সুপারিশের বিজ্ঞপ্তি) আপনার IEP টিম-এর সাথে যোগাযোগের তথ্য পাবেন। এছাড়াও আপনি "How to Get Help" (কীভাবে সহায়তা পেতে হয়) দেখতে পারেন (**26 নং পৃষ্ঠা দেখুন**)।

এছাড়াও আপনি আমাদের ওয়েবসাইট, **schools.nyc.gov/Kindergartenspecialeducation** দেখতে পারেন।

KIP প্রক্রিয়া সম্পর্কে আপনার অন্য কোনো প্রশ্ন থাকলে, **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইল করুন অথবা 718-935-2007 নম্বরে ফোন করুন।

ডিস্ট্রিক্ট 1– 32-এর স্কুলগুলোতে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবাসমূহ

IEP না থাকলে যেখানে যেতো, IEP-যুক্ত অধিকাংশ শিক্ষার্থী সেই একই স্কুলে অংশগ্রহণ করে। শিক্ষার্থীরা নিম্নোক্ত শিক্ষাগত প্রোগ্রামসমূহ ডিস্ট্রিক্ট 1–32-এর স্কুলে পেতে পারে।

সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) সহ জেনারেল এডুকেশন

আপনার সন্তান তাদের অপ্রতিবন্ধী সতীর্থদের সাথে একই ক্লাসরুমে শিক্ষা অর্জন করবে এবং ক্লাসরুমে অথবা ভিন্ন কোনও স্থানে সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (যেমন স্পিচ-ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি অথবা কাউন্সেলিং) গ্রহণ করবে। সবচেয়ে সাধারণ সংশ্লিষ্ট পরিষেবাসমূহের বিবরণের জন্য 20 নং পৃষ্ঠা দেখুন।

বিশেষ শিক্ষার শিক্ষক দ্বারা সহায়তা পরিষেবা সহ (স্পেশাল এডুকেশন টিচার সাপোর্ট সার্ভিস, SETSS) সাধারণ শিক্ষা বা জেনারেল এডুকেশন

অপ্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের সাথে আপনার সন্তান একই ক্লাসে শিক্ষা অর্জন করবে এবং সে একজন স্পেশাল এডুকেশন শিক্ষকের কাছ থেকে সহায়তা পাবে। আপনার সন্তানের IEP-তে প্রত্যক্ষ SETSS অথবা প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষ SETSS-টির একটি সংমিশ্রণ সুপারিশ করা হতে পারে।

- **প্রত্যক্ষ SETSS**: স্পেশাল এডুকেশনের একজন শিক্ষক সর্বোচ্চ আট জন শিক্ষার্থীর একটি গ্রুপকে স্কুল দিনের কোনও অংশে বিশেষভাবে ডিজাইনকৃত পার্ট-টাইম শিক্ষা-নির্দেশনা প্রদান করে। এটি জেনারেল এডুকেশন ক্লাসরুমে কিংবা স্কুলের অভ্যন্তরে অন্য কোনও স্থানেও হতে পারে।
- **পরোক্ষ SETSS:** শিক্ষা অর্জনের পরিবেশ এবং শিক্ষার্থীদের চাহিদা পূরণে শিক্ষা-নির্দেশনায় পরিবর্তন এনে তাকে মানানসই করতে স্পেশাল এডুকেশনের একজন শিক্ষক জেনারেল এডুকেশন-এর (সাধারণ শিক্ষার) অন্য একজন ক্লাসরুম শিক্ষকের সাথে কাজ করেন।



সমন্বিত সহ-শিক্ষকতা (ইনটিগ্রেটেড কো-টিচিং, ICT)

সমন্বিত সহ-শিক্ষকতার (ইনটিগ্রেটেড কো-টিচিং, ICT) ক্লাসগুলো হচ্ছে জেনারেল এডুকেশন (সাধারণ শিক্ষা) ক্লাস যেখানে IEP-যুক্ত শিক্ষার্থীদেরকে IEP-বিহীন শিক্ষার্থীদের সাথে পরিষেবা দেয়া হয়। ক্লাসে 12 জনের (অথবা 40 শতাংশের) বেশি শিক্ষার্থীর IEP থাকতে পারবে না। ক্লাসরুমে সবসময় 2 জন শিক্ষক থাকেন—একজন জেনারেল এডুকেশন শিক্ষক এবং অন্যজন স্পেশাল এডুকেশন শিক্ষক। শিক্ষকগণ একটি টিম হিসেবে কাজ করেন; তারা পুরো ক্লাসের অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে বিভিন্ন পাঠ্য-বিষয় এবং শিক্ষা-নির্দেশনার পরিবর্তন ঘটিয়ে সেগুলিকে মানানসই করেন।

স্পেশাল ক্লাস

একটি বিশেষ বা স্পেশাল ক্লাসে, সকল শিক্ষার্থী IEP-যুক্ত এবং যাদের চাহিদা জেনারেল এডুকেশন ক্লাসরুমে পূরণ করা সম্ভব নয়। তাদের শিক্ষাদান করেন একজন স্পেশাল এডুকেশন শিক্ষক, যিনি স্পেশালাইজড্ বা বিশেষায়িত শিক্ষা-নির্দেশনা প্রদান করেন। ডিস্ট্রিক্ট 1-32 এলিমেন্টারি স্কুলগুলোর স্পেশাল ক্লাসে তিন বছরের বয়সসীমার মধ্যের সর্বোচ্চ 12 জন শিক্ষার্থী থাকে এবং যাদের অনুরূপ শিক্ষাগত চাহিদা আছে। স্পেশাল ক্লাসটিতে বাড়তি সহায়তার জন্য একজন প্যারাপ্রফেশনাল থাকতে পারেন। স্পেশাল ক্লাসগুলোকে প্রায়শই সেগুলোর শিক্ষক-শিক্ষার্থীর অনুপাত দিয়ে বোঝানো হয়ে থাকে:

- 12:1 (12 জন শিক্ষার্থী, একজন স্পেশাল এডুকেশন শিক্ষক)
- 12:1:1 (12 জন শিক্ষার্থী, একজন স্পেশাল এডুকেশন শিক্ষক, একজন ক্লাসরুম প্যারাপ্রফেশনাল)

ডিস্ট্রিক্ট 1– 32 স্কুলগুলোতে বিভিন্ন বিশেষায়িত কর্মসূচি বা স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রাম

স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামগুলো হলো অনন্যভাবে ডিজাইনকৃত ক্লাসরুম পরিবেশ এবং পরিষেবার মডেল। যদি আপনার সন্তানকে অটিজম, বৌদ্ধিক, একাধিক বা আবেগজনিত প্রতিবন্ধিতাগত শিক্ষাগত শ্রেণীবিন্যাস করা অথবা দ্বিভাষিক বিশেষ শিক্ষা তথা বাইলিঙ্গুয়াল স্পেশাল এডুকেশনের জন্য সুপারিশ করা হয়ে থাকে, তবে আপনার সন্তানের IEP টিম আপনার সন্তানের IEP মিটিংয়ে বিশেষায়িত বা স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামগুলো নিয়ে আলোচনা করতে পারেন। নির্দিষ্ট স্পেশালাইজড্ বা বিশেষায়িত প্রোগ্রামগুলোর জন্য, আপনাকে আবেদনপত্র জমা দিতে হতে পারে। যদি নির্ধারিত হয় যে আপনার সন্তানকে একটি স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামে সহায়তা প্রদান করা যেতে পারে, তবে তাকে কিন্ডারগার্টেনের ভর্তি প্রক্রিয়ার মাধ্যমে ইতোমধ্যে যে অফার দেয়া হয়েছে সেখান থেকে ভিন্ন কোনও স্কুলে আসন দেয়া হতে পারে। বিশেষায়িত বা স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামের অন্তর্ভুক্ত আছে:

শিক্ষায়তনিক, পেশাগত, এবং অপরিহার্য দক্ষতাসমূহ (অ্যাকাডেমিক, ক্যারিয়ার, অ্যান্ড এসেনশিয়াল স্কিলস্, ACES) প্রোগ্রাম

ACES কর্মসূচিগুলো ডিস্ট্রিক্ট 1-32 স্কুলে শিক্ষায়তনিক, চাকুরি, এবং জীবনযাপনের দক্ষতাসমূহ শেখার সুযোগ দেয়। ACES প্রোগ্রামগুলো অপেক্ষাকৃত ছোট ক্লাস কাঠামোতে বৌদ্ধিক প্রতিবন্ধিতা (ইন্টেলেকচুয়াল ডিস্যাবিলিটি, ID) অথবা বহুবিধ প্রতিবন্ধিতা (মাল্টিপল ডিস্যাবিলিটি, MD) রয়েছে এমন কিছু শিক্ষার্থীদের সহায়তা দেয়।

যদি আপনি মনে করেন ACES কর্মসূচি আপনার সন্তানের জন্য উপযুক্ত, তবে আপনার সন্তানের স্কুল ও IEP টিম-এর সাথে আলাপ করুন, এবং আপনি যেকোনো সময় কেন্দ্রীয় ACES টিম-এর কাছে একটি আবেদনপত্র জমা দিতে পারেন। আবেদনপত্রগুলো আমাদের ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** -এ পাওয়া যাবে অথবা যদি আপনি ACES টিম-এর সাথে **ACESprograms@schools.nyc.gov** ঠিকানায় যোগাযোগ করেন তবে আপনাকে একটি পাঠানো যেতে পারে।

এছাড়াও স্কুলের স্টাফ আপনাকে আবেদন প্রক্রিয়াতে সহায়তা করতে পারেন। সকল মূল্যায়ন হালনাগাদ আছে (আবেদনের এক বছরের মধ্যে করা হয়েছে) তা নিশ্চিত করতে ACES টিম আপনার এবং IEP টিমের সাথে কাজ করবে। যেসব শিক্ষার্থী সেপ্টেম্বরে কিন্ডারগার্টেনে প্রবেশ করছে, তাদের পরিবারের অথবা স্কুলের যত তাড়াতাড়ি সম্ভব ACES টিমের সাথে যোগাযোগ করা উচিত।

অটিজম প্রোগ্রামসমূহ

অটিস্টিক শিক্ষার্থীদের সহায়তা করার জন্য NYC পাবলিক স্কুলস্-এর তিনটি প্রোগ্রাম আছে - *নেস্ট, হরাইজন,* এবং *AIMS* প্রোগ্রাম। সেগুলো 1–32 ডিস্ট্রিক্টে লভ্য আছে, এর পাশাপাশি AIMS প্রোগ্রাম ডিস্ট্রিক্ট 75-এও লভ্য আছে। প্রতিটি প্রোগ্রাম শিক্ষায়তনিক, ভাষা, যোগাযোগ, এবং বিভিন্ন সামাজিক দক্ষতা গড়ে তুলতে কাজ করে।

নেস্ট প্রোগ্রামটি ডিস্ট্রিক্ট 1-32-এর নির্দিষ্ট কিছু স্কুলে অটিজম্ আছে এমন শিক্ষার্থীদেরকে অপেক্ষাকৃত ছোট ICT বিন্যাস প্রদান করে। অধিকাংশ নেস্ট শিক্ষার্থী হয় তার গ্রেড স্তরে অথবা উপরের স্তরে রয়েছে এবং একটা সময় পর্যন্ত স্বনির্ভরভাবে কাজ করতে পারে।

হরাইজন প্রোগ্রাম হলো একটি স্পেশাল ক্লাস যেখানে একজন স্পেশাল এডুকেশনের শিক্ষক এবং একজন প্যারাপ্রফেশনালসহ সর্বোচ্চ আট জন শিক্ষার্থী থাকে। হরাইজন শিক্ষার্থীরা কোনো কোনো বিষয়ে গ্রেড পর্যায়ের মান-এর দিকে অগ্রসর হতে পারে, তাদের সাফল্যের জন্য ছোট দলে শিক্ষা-নির্দেশনা অথবা অন্য কোনো ধরনের সহায়তার প্রয়োজন হতে পারে।



AIMS প্রোগ্রাম হলো একটি এলিমেন্টারি প্রোগ্রাম যা বর্তমানে কিন্ডারগার্টেন থেকে দ্বিতীয় গ্রেডে অফার করা হয়। এটি শিক্ষার্থী হিসেবে প্রস্তুতি, ভাষা, যোগাযোগ, দৈনন্দিন জীবনের কর্মকাণ্ড, এবং আচরণ সম্পর্কিত ক্ষেত্রগুলোতে নিবিড় সহায়তার চাহিদাযুক্ত 6 জন অটিস্টিক শিক্ষার্থী নিয়ে গঠিত একটি ছোট ক্লাস প্রদান করে।

AIMS প্রোগ্রামের অংশসমূহ:

- প্রায়োগিক আচরণ বিশ্লষণ (অ্যাপ্লায়েড বিহেভিয়ার অ্যানালিসিস, ABA) শিক্ষার্থীদের সম্পৃক্ততায় সহায়তা দিতে তাদের আচরণ বুঝতে এবং উন্নতিতে প্রমাণ-ভিত্তিক পদ্ধতি ব্যবহার করে।
- মৌখিক আচরণ হলো যোগাযোগ এবং ভাষা শেখানোর একটি পদ্ধতি।
- শিক্ষার্থীদের চাহিদার জন্য ক্লাসরুমের পরিবেশ মানানসই করার শিক্ষাদান পদ্ধতিগুলোর মধ্যে রয়েছে বিভিন্ন ভিজুয়াল, সময়সূচি, এবং সাংগঠনিক পদ্ধতি।

যদি আপনি মনে করেন একটি অটিজম প্রোগ্রাম আপনার সন্তানের জন্য উপযুক্ত, আপনি যেকোনো সময় কেন্দ্রীয় বা সেন্ট্রাল অটিজম টিমের কাছে আবেদনপত্র জমা দিতে পারেন। স্কুলের স্টাফ আপনাকে আবেদন প্রক্রিয়াতে সহায়তা করতে পারেন।

NYC পাবলিক স্কুলস্-এর ওয়েবসাইট - **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** -এর মাধ্যমে অনুগ্রহ করে একটি বৈদ্যুতিন বা ইলক্ট্রনিক আবেদন জমা দিন। যদি আপনার কোনো সমস্যা হয়, তবে অনুগ্রহ করে আবেদনপত্র জমা দিতে আপনার সন্তানের স্কুল অথবা IEP টিমের সাথে কাজ করুন। সকল মূল্যায়ন হালনাগাদ আছে সে বিষয়টি নিশ্চিত করতে কেন্দ্রীয় বা সেন্ট্রাল অটিজম টিম আপনার এবং IEP টিমের সাথে কাজ করবে। সেপ্টেম্বরে কিন্ডারগার্টেনের নবাগত শিক্ষার্থীদের জন্য, পরিবারদের অথবা স্কুলগুলোর যত তাড়াতাড়ি সম্ভব **autismprograms@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইলের মাধ্যমে কেন্দ্রীয় বা সেন্ট্রাল অটিজম টিমের সাথে যোগাযোগ করা উচিত।

দ্বিভাষিক বিশেষ শিক্ষা (বাইলিঙ্গুয়াল স্পেশাল এডুকেশন)

দ্বিভাষিক বিশেষ শিক্ষা (বাইলিঙ্গুয়াল স্পেশাল এডুকেশন, BSE) প্রোগ্রামগুলো যেসব প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থী ইংরেজি শিখছে তাদের সহায়তা দেয়। এই প্রোগ্রামগুলো শিক্ষার্থীদেরকে বিভিন্ন স্কুল সংক্রান্ত দক্ষতা, ভাষাগত দক্ষতা, এবং ভাব প্রকাশের দক্ষতা অর্জনে সহায়তা দেয়।



কিছু BSE প্রোগ্রাম শিক্ষার্থীদের উভয় ইংরেজি এবং তাদের বাড়িতে ব্যবহৃত ভাষায় শিখতে সহায়তা দেয়, যেন তারা দ্বিভাষিক হয়ে ওঠে এবং উভয় ভাষায় পড়তে ও লিখতে পারে। অন্য প্রোগ্রামগুলো শিক্ষার্থীরা ইংরেজি দক্ষতাসমূহ গড়ে তোলার সময় তাদের বাড়িতে ব্যবহৃত ভাষায় সহায়তা দেয়। সময়ের সাথে সাথে, কিছু শিক্ষার্থী শুধু ইংরেজিতে

শেখানো হয় এমন ক্লাসে স্থানান্তরিত হতে পারে।

BSE প্রোগ্রামগুলো ভিবিন্ন ধরনের ক্লাসে অফার করা হতে পারে:

- সমন্বিত সহ-শিক্ষকতা (ইনটিগ্রেটেড কো-টিচিং, ICT): প্রতিবন্ধিতা-যুক্ত ও 'ছাড়া শিক্ষার্থীরা একসাথে শিক্ষা অর্জন করে। সেখানে উভয় জেনারেল এডুকেশন (সাধারণ শিক্ষা) এবং স্পেশাল এডুকেশন (বিশেষ শিক্ষার) শিক্ষক রয়েছে যারা শিক্ষার্থীদের বাড়িতে ব্যবহৃত ভাষায় কথা বলে।
- বিশেষ বা স্পেশাল ক্লাসসমূহ (12:1:1 অথবা 15:1-এর মতো অপেক্ষাকৃত ছোট ক্লাস): এই ক্লাসগুলোতে অপেক্ষাকৃত কম শিক্ষার্থী থাকে এবং একজন দ্বিভাষিক বিশেষ শিক্ষা (বাইলিঙ্গুয়াল স্পেশাল এডুকেশন) শিক্ষক শিক্ষা-নির্দেশনা দেন; কখনো একজন প্যারাপ্রফেশনালের সহায়তায়।

সকল বিন্যাসেই, শিক্ষকগণ শেখায় সহায়তা দিতে ইংরেজি এবং শিক্ষার্থীর বাড়ির ভাষা ব্যবহার করতে পারেন।

পরিবারেরা IEP প্রক্রিয়া চলাকালে BSE প্রোগ্রাম বিকল্পসমূহ সম্পর্কে জানতে পারেন। পরিবারেরা যা যা করতে পারেন:

- একটি দ্বিভাষিক বা বাইলিঙ্গুয়াল প্রোগ্রাম গ্রহণ করতে পারেন, অথবা
- একটি শুধু-ইংরেজি (এক-ভাষাভাষী) প্রোগ্রাম বেছে নিতে পারেন

কোনও পরিবার একটি শুধু-ইংরেজি প্রোগ্রাম বেছে নিলেও শিক্ষার্থী স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবাসমূহ পাবে।
যদি শিক্ষার্থী ইংরেজি শিখছে, তবে সে 'নতুন ভাষা হিসেবে ইংরেজি' (ইংলিশ অ্যাজ এ নিউ ল্যাঙ্গুয়েজ) সহায়তাও পাবে।

পরিবারেরা প্রোগ্রাম অথবা ভাষাগত বিকল্প নিয়ে আলোচনা করতে যেকোনো সময় আরেকটি IEP মিটিংয়ের অনুরোধ করতে পারেন। লক্ষ্য হলো স্কুলে সফল হবার জন্য প্রতিটি শিক্ষার্থী যেন তাদের চাহিদা অনুযায়ী সহায়তা পায় তা নিশ্চিত করা।

আরও তথ্যের জন্য পরিবারেরা NYC পাবলিক স্কুলস্-এর ওয়েবসাইট দেখতে পারেন অথবা *দ্বিভাষিক বিশেষ শিক্ষা বিষয়ক পরিবারের জন্য সংস্থানের গাইড (বাইলিঙ্গুয়াল স্পেশাল এডুকেশন ফ্যামিলি রিসোর্স গাইড)* পড়তে পারেন। **http://www.schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**

প্যাথ (Path)

প্যাথ প্রোগ্রামটি পুরো ক্লাসে সামাজিক আবেগজনিত সহায়তা দেয়ার পাশাপাশি শিক্ষার্থীদেরকে স্বতন্ত্রভাবে আবেগ নিয়ন্ত্রণে সরাসরি শিক্ষা-নির্দেশনা প্রদান করে। প্যাথ প্রোগ্রামটি হচ্ছে একটি অন্তর্ভুক্তিমূলক ক্লাসরুম সেটিং; একটি সমন্বিত সহ-শিক্ষকতা (ইনটিগ্রেটেড কো-টিচিং, ICT) মডেল, যেখানে শিক্ষক, সোশ্যাল ওয়ার্কার, এবং অকুপেশনাল থেরাপিস্টগণ সহায়তা দেন। শিক্ষকগণ এবং সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) প্রদানকারীগণ ক্লাসরুমে মানসিক-আঘাত সজ্ঞাত শিক্ষা-নির্দেশনা চর্চা ব্যবহার করে এবং সামাজিক-আবেগজনিত ও আচরণগত সহায়তা প্রদান করে। আরো তথ্য উল্লেখিত ওয়েবসাইট: **প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদের জন্য বিশেষায়িত কর্মসূচিসমূহ (Specialized Programs for Students with Disabilities (nyc.gov))** -এ পাওয়া যাবে অথবা দলের একজন সদস্যের সাথে কথা বলতে চাইলে **pathprograms@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইল করুন।

আরও তথ্য

ডিস্ট্রিক্ট 1-32 স্কুলগুলোর বিশেষায়িত কর্মসূচিগুলো (স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রাম) সম্পর্কে এবং আপনার সন্তান এর যোগ্য কিনা তা আরও ভালোভাবে জানতে, স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামের ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs** দেখুন অথবা **specializedprograms@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইল করুন।

ডিস্ট্রিক্ট 75

ডিস্ট্রিক্ট 75 উল্লেখযোগ্যভাবে চ্যালেঞ্জযুক্ত শিক্ষার্থীদের জন্য উচ্চতর স্পেশালাইজড্ বা বিশেষায়িত শিক্ষা-নির্দেশনা সহায়তা প্রদান করে। ডিস্ট্রিক্ট 75-এর প্রোগ্রামগুলো সেসব স্কুল বিল্ডিংয়ে স্পেশাল ক্লাস প্রদান করতে পারে যেখানে ডিস্ট্রিক্ট 1-32-এর স্কুলগুলিও রয়েছে অথবা এমন স্কুল বিল্ডিংগুলোতে যেখানে সকল শিক্ষার্থীর একটি IEP রয়েছে। জেনারেল এডুকেশন (সাধারণ শিক্ষার) ক্লাসরুমগুলোতে কিছু ডিস্ট্রিক্ট 75 পরিষেবা প্রদান করা হতে পারে।

কিন্ডারগার্টেন শিক্ষার্থীদের পরিষেবাদানকারী ডিস্ট্রিক্ট 75-এর ক্লাসগুলোতে রয়েছে:

স্পেশাল ক্লাসের অনুপাত	বিবরণ
12:1+1 • 12 জন শিক্ষার্থী • একজন শিক্ষক • একজন প্যারাপ্রফেশনাল	যেসব শিক্ষার্থীর শিক্ষা-নির্দেশনামূলক প্রক্রিয়ায় বিঘ্নতা দূর করতে শিক্ষায়তনিক এবং/অথবা আচরণগত ব্যবস্থাপনার প্রয়োজন এবং যার জন্য প্রাপ্ত-বয়স্কের কাছ থেকে বাড়তি সহায়তা ও বিশেষায়িত শিক্ষা-নির্দেশনা আবশ্যক।
8:1+1 • 8 জন শিক্ষার্থী • একজন শিক্ষক • একজন প্যারাপ্রফেশনাল	সেসব শিক্ষার্থীর জন্য, যাদের চাহিদা অতিমাত্রায় ও ঘন ঘন, এবং অনবরত, নিবিড় তত্ত্বাবধান, একটি উল্লেখযোগ্য মাত্রায় স্বতন্ত্র মনোনিবেশ, হস্তক্ষেপ, ও আচরণগত ব্যবস্থাপনা প্রয়োজন।
6:1+1 • 6 জন শিক্ষার্থী • একজন শিক্ষক • একজন প্যারাপ্রফেশনাল	সেসব শিক্ষার্থীদের জন্য, যাদের শিক্ষায়তনিক, সামাজিক এবং/অথবা আন্তঃব্যক্তিক বিকাশ, শারীরিক বিকাশ, ও ব্যবস্থাপনা-সহ অধিকাংশ অথবা সকল ক্ষেত্রে অত্যন্ত উচ্চ মাত্রায় চাহিদা প্রয়োজন। ক্লাসগুলো অত্যন্ত নিবিড় স্বতন্ত্র প্রোগ্রাম, প্রাপ্ত-বয়স্ক ব্যক্তি দ্বারা অব্যাহত তত্ত্বাবধান, সকল কাজে সম্পৃক্ত করতে একটি বিশেষায়িত আচরণ নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি (স্পেশালাইজড্ বিহেভিয়ার ম্যানেজমেন্ট প্রোগ্রাম), এবং একটি স্পিচ/ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপির প্রোগ্রাম প্রদান করে (যাতে বর্ধিত /বিকল্প যোগাযোগ অন্তর্ভুক্ত হতে পারে)।
12:1+4 • 12 জন শিক্ষার্থী • একজন শিক্ষক • এছাড়াও প্রতি তিনজন শিক্ষার্থীর জন্য একজন প্যারাপ্রফেশনাল	ভাষাগত, শিক্ষায়তনিক, এবং স্বনির্ভর ক্রিয়াশীলতা সীমিত পর্যায় সহ অতিমাত্রায় ও বহুসংখ্যক প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদের জন্য। ক্লাসগুলো এমন একটি প্রোগ্রাম প্রদান করে যা বিকল্প শিক্ষা-নির্দেশনার সুযোগের পাশাপাশি দৈনন্দিন জীবনাযপন দক্ষতা, ভাববিনিময় দক্ষতা গড়ে তোলা, ইন্দ্রিয় উদ্দীপন, এবং ডাক্তারি হস্তক্ষেপ সহ পরিবর্তিত পাঠ্যক্রম অনুসরণ করে।

এছাড়াও ডিস্ট্রিক্ট 75 উল্লেখযোগ্য শ্রুতি ও দৃষ্টি বৈকল্য আছে এমন শিক্ষার্থীদের স্পেশাল ক্লাস পরিষেবা প্রদান করে। স্কুল দিবস জুড়ে বিশেষ ধরনের সরঞ্জাম ও পরিষেবা ব্যবহার করা হয়। বিভিন্ন পরিষেবায় মধ্যে রয়েছে অডিওলজি, সহায়ক প্রযুক্তি, সাইন ল্যাঙ্গুয়েজে অনুবাদ, ওরিয়েন্টেশন অ্যান্ড মোবিলিটি পরিষেবা, এবং ব্রেইল।

আরও তথ্য এবং প্রোগ্রামের ঠিকানার একটি তালিকার জন্য আমাদের ওয়েবসাইট: **district75nyc.org** দেখুন অথবা 212-802-1500 নম্বরে ফোন করুন।

সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস)



আপনার সন্তানের IEP সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) সুপারিশ করতে পারে। সংশ্লিষ্ট পরিষেবার (রিলেটেড সার্ভিসেস) উদ্দেশ্য হলো একজন শিক্ষার্থীকে তার শিক্ষাগত লক্ষ্য অর্জনে সহায়তা করা। আপনার সন্তানের IEP ক্লাসরুমে সংশ্লিষ্ট পরিষেবা দেয়ার সুপারিশ করতে পারে, যেখানে সংশ্লিষ্ট পরিষেবা প্রদানকারী শিক্ষার্থীকে সহায়তা দেয়ার জন্য শিক্ষক, প্যারাপ্রফেশনাল এবং অন্যান্য প্রাপ্ত-বয়স্কের সাথে কাজ করতে পারেন। অথবা আপনার সন্তানের IEP স্কুলের অন্য কোনো স্থানে সংশ্লিষ্ট পরিষেবা প্রদানের সুপারিশ করতে পারে। আপনার সন্তানের IEP এককভাবে (ওয়ান-অন-ওয়ান) অথবা ছোট দলে সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) প্রদানের সুপারিশ করতে পারে। সংশ্লিষ্ট পরিষেবার (রিলেটেড সার্ভিস) কিছু উদাহরণ:

- **কাউন্সেলিং:** শিক্ষার্থীদের স্কুলে সামাজিক ও আবেগজনিত দক্ষতার উন্নতিতে সহায়তা করে। লক্ষ্যের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে স্কুলে যথাযথ আচরণ ও আত্ম-নিয়ন্ত্রণ, সহপাঠীদের সাথে সম্পর্ক, দ্বন্দ্ব নিরসন, এবং আত্মবিশ্বাস বৃদ্ধি করা।
- **শ্রবণ শিক্ষা পরিষেবা (হিয়ারিং এডুকেশন সার্ভিস):** বধির অথবা শুনতে সমস্যা আছে এমন শিক্ষার্থীদের ভাব বিনিময়ের দক্ষতা বৃদ্ধিতে সহায়তা করে। উদ্দেশ্যসমূহ স্পিচরিডিং (লিপ রিডিং হিসেবেও পরিচিত), শ্রবণ প্রশিক্ষণ (শোনা), এবং ভাষাগত উন্নয়ন প্রচেষ্টার উপর নিবিষ্ট হতে পারে।
- **অকুপেশনাল থেরাপি:** জীবন-যাপন দক্ষতা (যেমন খাওয়া ও নিজের যত্ন নেয়া) এবং সামাজিক দক্ষতা সহ সকল শিক্ষা সম্পর্কিত কর্মকাণ্ডের কার্যাবলীতে শিক্ষার্থীদের উল্লেখিত উন্নয়নের মাধ্যমে সহায়তা করে:
  - সুক্ষ্ম পেশী সঞ্চালন দক্ষতা (বাহু, হাত, এবং আঙ্গুল নাড়াচাড়া)
  - দৃশ্যমান পেশী সঞ্চালন দক্ষতা (হাত-চোখের নিয়ন্ত্রণ)
  - ইন্দ্রিয়জনিত প্রক্রিয়াকরণ (কীভাবে বিভিন্ন ইন্দ্রিয় থেকে তথ্য ব্যবহার করা যায়)
  - জ্ঞানগত ক্রিয়াশীলতা (সমস্যা সমাধান, স্মরণশক্তি, মনোযোগের দক্ষতা)
- **দিক-নির্ণয় ও চলাচল ক্ষমতা (ওরিয়েন্টেশন ও মোবিলিটি) পরিষেবা:** দৃষ্টি-বৈকল্যযুক্ত শিক্ষার্থীদের চারপাশের পরিবেশ সম্পর্কে সচেতন হতে এবং নিরাপদে চলাফেরা করতে সহায়তা করে।
- **ফিজিক্যাল থেরাপি:** শিক্ষার্থীদের শিক্ষাগত পরিবেশ পেতে সহায়তা করে, এতে অন্তর্ভুক্ত, তবে এতেই সীমাবদ্ধ নয়
  - স্কুলে চলাফেরা (হেঁটে, হুইলচেয়ারে, অথবা চলাফেরার জন্য অন্য উপায় ব্যবহার করে স্কুলের বিভিন্ন স্থানে যাতায়াত করা)
  - ক্লাসরুমে বিভিন্ন কর্মকাণ্ড (ক্লাসরুমের পরিবেশে শারীরিকভাবে অংশগ্রহণ করা ও চলাফেরা সংক্রান্ত ক্রীয়াশীলতা)
  - লাঞ্চরুম, প্লেগ্রাউন্ড, বাথরুম, পরিবহন ইত্যাদি স্থানে যাতায়াত ও অংশগ্রহণ
  - স্কুল থেকে স্কুল পরবর্তী কার্যক্রমে উত্তরণ
- **স্কুলের নার্সের পরিষেবাসমূহ:** স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত চাহিদা আছে এমন শিক্ষার্থীদের নিরাপদ থাকতে ও স্কুলে অংশগ্রহণ করতে সহায়তা করে।

- **স্পিচ/ল্যাঙ্গুয়েজ থেরাপি:** শোনা এবং কথা বলার দক্ষতা গড়ে তুলতে শিক্ষার্থীদের সহায়তা দেয়। যেসব লক্ষ্যে পদক্ষেপ নিতে পারে:
  - ফোনোলজিক্যাল বা ধ্বনিরীতির দক্ষতসমূহ (কথায় ধ্বনির সংগঠন)
  - অনুধাবন (ভাষা বোঝা)
  - অভিব্যক্তিমূলক ভাষা (বিভিন্ন শব্দ জোড়া দিয়ে অর্থবহ বাক্য গঠন)
  - স্পষ্ট ধ্বনি (কথা বলায় স্পষ্ট ধ্বনি তৈরি)
  - সামাজিক ভাষার দক্ষতা

- **দৃষ্টি সম্পর্কিত শিক্ষা পরিষেবা (ভিশন এডুকেশন সার্ভিস):** যেসব শিক্ষার্থী অন্ধ অথবা দৃষ্টি প্রতিবন্ধিতা আছে তাদেরকে ব্রেইল ব্যবহারে সহায়তা দেয়।
  সকল শিক্ষার্থীকে সহায়তা দিতে অন্তর্ভুক্তিমূলক চর্চা ব্যবহার করে। সংশ্লিষ্ট পরিষেবার (রিলেটেড সার্ভিস) সুপারিশগুলো হওয়া উচিত:
  - শিক্ষার্থীর স্বাভাবিক শেখার পরিবেশ এবং শিক্ষার্থীর জন্য যথাযথ গ্রুপে শিক্ষা অর্জনের জন্য সুপারিশকৃত।
  - বিশেষভাবে শনাক্তকৃত বিভিন্ন দক্ষতা গড়ে তোলার জন্য স্বতন্ত্র পরিষেবাসমূহের সুপারিশকৃত।
  - একটি অধিক অন্তর্ভুক্তিমূলক পরিষেবার শর্ত (স্বাভাবিক শেখার পরিবেশ) সুপারিশ করতে একটি যথাযথ সময় নির্ধারণ করতে নিয়মিত পর্যালোচনা করা।
  - অন্তর্ভুক্তি চর্চার প্রতি লক্ষ্য রেখে বার্ষিক ভিত্তিতে পর্যালোচনা করা হয়।

অন্যান্য প্রোগ্রাম এবং পরিষেবা

শিক্ষার্থীর IEP-তে সুপারিশ করা হতে পারে এমন অন্য কিছু কর্মসূচি ও পরিষেবার বর্ণনা নিচে দেয়া হলো।

সহায়ক প্রযুক্তিগত সরঞ্জাম (অ্যাসিসটিভ টেকনলজি ডিভাইস) এবং পরিষেবা

সহায়ক প্রযুক্তিগত সরঞ্জাম (অ্যাসিসটিভ টেকনলজি ডিভাইস, AT) হচ্ছে এমন এক ধরনের সরঞ্জাম, জিনিস বা ব্যবস্থা যা কোনো শিক্ষার্থীর ক্রিয়াশীলতার সক্ষমতা বাড়াতে, বজায় রাখতে, বা উন্নত করতে ব্যবহার করা হয়, যেমন কমিউনিকেশন বোর্ড, কমিউনিকেশন ডিভাইস, FM ইউনিট, এবং কম্পিউটার বা ট্যাবলেট ব্যবহারের সুযোগ। সহায়ক প্রযুক্তিগত (অ্যাসিসটিভ টেকনলজি) পরিষেবাগুলো এসব সরঞ্জাম সফলভাবে ব্যবহার করতে সহায়তা দেয়।

অভিযোজিত শরীরচর্চা শিক্ষা (অ্যাডাপটিভ ফিজিক্যাল এডুকেশন)

অভিযোজিত শরীরচর্চা শিক্ষা (অ্যাডাপটিভ ফিজিক্যাল এডুকেশন, APE) হলো শিক্ষার্থীদের আগ্রহ, সক্ষমতা, ও সীমাবদ্ধতার উপর নির্ভর করে বিশেষভাবে প্রস্তুত করা গঠনমূলক নির্দেশনাগত কর্মসূচি, গেম, স্পোর্টস এবং রিদম (তাল/ছন্দ)। যদি আপনার সন্তানের প্রতিবন্ধিত্বের কারণে বিভিন্ন পরিবর্তন সহ কিংবা ছাড়া তার নিয়মিত শরীরচর্চা শিক্ষার প্রোগ্রামে নিরাপদ অথবা সফলভাবে অংশগ্রহণ করতে না পারে, তাহলে IEP টিম তার জন্য APE সুপারিশ করবে।

এক্সটেন্ডেড স্কুল ইয়ার (দীর্ঘায়িত শিক্ষা বছর) পরিষেবাসমূহ (12-মাসের পরিষেবাসমূহ)

এক্সটেন্ডেড স্কুল ইয়ার (দীর্ঘায়িত শিক্ষা বছরের) পরিষেবাসমূহ সেসব প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীকে প্রদান করা হয় যাদের শিক্ষা বছরে অর্জিত অগ্রগতি বজায় রাখতে সামারের (গ্রীষ্মে) বিশেষ শিক্ষা-নির্দেশনা এবং/অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) আবশ্যক হয়।

বাড়িতে এবং হাসপাতালে শিক্ষা-নির্দেশনা

বাড়িতে এবং হাসপাতালে শিক্ষা-নির্দেশনা হলো এমন শিক্ষা-নির্দেশনা, যা আবেগজনিত অথবা চিকিৎসাগত কারণে স্কুলে যেতে অক্ষম প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের প্রদান করা হয়। শুধুমাত্র শিক্ষার্থী স্কুলে যেতে সক্ষম না হওয়া পর্যন্ত কিংবা হাসপাতাল থেকে ছেড়ে না দেয়া পর্যন্ত এই পরিষেবা দেয়া হয়। এছাড়াও বিরল পরিস্থিতিতে যখন একজন শিক্ষার্থী সুপারিশকৃত স্থানে আসন খালি হবার অপেক্ষায় থাকে তখন এগুলো প্রদান করা হয়।



প্যারাপ্রফেশনাল পরিষেবাসমূহ

প্যারাপ্রফেশনালগণ হলেন সহায়তাকারী—শিক্ষক নয়—তারা সেসব ছেলেমেয়েকে সহায়তা করেন, যাদের শিক্ষক ও পরিষেবা প্রদানকারী ছাড়াও প্রাপ্তবয়স্কদের সহায়তা প্রয়োজন হয়। প্যারাপ্রফেশনালগণ পুরো ক্লাসকে সহায়তা প্রদান করতে পারেন অথবা একজন বা একই সময়ে একাধিক শিক্ষার্থীর সাথে কাজ করতে পারেন। তারা স্কুলের পুরো দিন কিংবা আংশিক দিনের জন্য কাজ করতে পারেন। প্যারাপ্রফেশনালগণ আচরণ নিয়ন্ত্রণে এবং স্বাস্থ্যগত চাহিদায় সহায়তা দিতে পারেন। তাদেরকে ওরিয়েন্টেশন ও মোবিলিটি (দিক-নির্ণয় ও চলাচল ক্ষমতা) অথবা টয়লেট ব্যবহার প্রশিক্ষণেও সহায়তা দিতে সুপারিশ করা হতে পারে।

আসনদানের অন্যান্য সুপারিশসমূহ



ডিস্ট্রিক্ট 1-32 অথবা ডিস্ট্রিক্ট 75-এর কোনো স্কুলে যেসব শিক্ষার্থীর চাহিদা পূরণ করা যায় না, তারা এর পরিবর্তে নিচে তালিকাভুক্ত সেটিংয়ে আসন লাভের সুপারিশ পেতে পারে।

NY স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্ট (NYSED) অনুমোদিত নন-পাবলিক স্কুলসমূহ

নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্ট (NYSED)-অনুমোদিত স্কুলগুলো হলো বেসরকারি বা নন-পাবলিক স্কুল যেগুলো ব্যাপক শিক্ষাগত চাহিদাযুক্ত শিক্ষার্থীদের প্রোগ্রাম প্রদান করে, যাদের চাহিদা পাবলিক স্কুলের প্রোগ্রামে পূরণ করা সম্ভব নয়। NYSED-অনুমোদিত নন-পাবলিক স্কুলগুলোতে শুধুমাত্র প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীরা অংশগ্রহণ করে। স্কুল দিবসের সময়টুকুর জন্য ("দিন") অথবা প্রতিদিন 24 ঘন্টার জন্য ("আবাসিক") NYSED-অনুমোদিত নন-পাবলিক স্কুলগুলো দেয়া হতে পারে।

24 ঘণ্টা মনোযোগ আবশ্যক, এমন ব্যাপক শিক্ষাগত চাহিদাযুক্ত শিক্ষার্থীদেরকে NYSED-অনুমোদিত আবাসিক স্কুলগুলো পরিষেবা প্রদান করে। NYSED-অনুমোদিত আবাসিক স্কুলগুলো ক্লাসরুমে একটি শৃঙ্খলাবদ্ধ আবাসিক পরিবেশে স্কুল প্রাঙ্গনে দিনে 24 ঘণ্টা নিবিড় কর্মসূচি প্রদান করে।

IEP টিম যদি আপনার সন্তানের IEP-তে একটি নন-পাবলিক স্কুলে আসনদানের সুপারিশ করে, তাহলে IEP টিম কেন্দ্রীয় ভিত্তিক সহায়তা প্রদানকারী দলের (সেন্ট্রাল বেজড সাপোর্ট টিম, CBST) সহায়তা চাইবেন। CBST হলো একটি NYCPS-এর অফিস যেটি শিক্ষার্থীদের স্টেট-অনুমোদিত নন-পাবলিক স্কুলের সাথে মানানসই করে। একজন CBST কেইস ম্যানেজার আপনার সন্তানের জন্য নন-পাবলিক স্কুলগুলোতে আবেদন করবেন। আপনার আবেদন প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করা উচিত, এতে ইন্টারভিউ অথবা অন্যান্য কারণে স্কুলগুলো পরিদর্শন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে।

NY স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্ট (NYSED) সমর্থিত স্কুলসমূহ

স্টেট-সমর্থিত স্কুলগুলো (যা “4201 স্কুল" নামেও পরিচিত) যেসব যোগ্য শিক্ষার্থী বধির, অন্ধ, অথবা গুরুতর আবেগজনিত বা চিকিৎসাজনিত প্রতিবন্ধিতা আছে, তাদেরকে নিবিড় স্পেশাল এডুকেশন (বিশেষ শিক্ষা) পরিষেবা প্রদান করে। কোনও শিক্ষার্থীর এই ধরনের প্রোগ্রাম প্রয়োজন কিনা সেবিষয়ে IEP টিম সিদ্ধান্ত নেবে। কিছু স্টেট-সমর্থিত স্কুল আছে যা দিবা বা ডে স্কুল, এবং কিছু স্কুল যেসব শিক্ষার্থীর 24-ঘণ্টার প্রোগ্রাম প্রয়োজন, তাদের জন্য সপ্তাহে পাঁচ দিনের আবাসিক সেবা প্রদান করে। যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে আপনার সন্তানের জন্য স্টেট-সমর্থিত স্কুল প্রয়োজন, আপনার IEP টিম প্রক্রিয়াটিতে আপনাকে সহায়তা করতে পারেন।

প্রিস্কুল থেকে উত্তরণের সময় পিতামাতাদের অধিকারসমূহ

কিন্ডারগার্টেন শুরু করবে এমন একজন শিক্ষার্থীর পিতামাতা হিসেবে, আপনার কিছু অধিকার রয়েছে।

- IEP টিম বাধ্যতামূলক বলে নির্ধারণ করেছে এমন কোনো নতুন মূল্যায়নে আপনার সম্মতি প্রদানের বা প্রত্যাহারের অধিকার রয়েছে। তবে, আপনার সন্তানের যদি প্রিস্কুল IEP থাকে এবং IEP টিম আপনার সম্মতি নিতে চেষ্টা করেও উত্তর না পায়, সেক্ষেত্রে আপনার সম্মতি ছাড়াই মূল্যায়ন পরিচালিত হবে।
- IEP টিম-এর কাছে একটি চিঠি লিখে আপনার কোনো বিশেষ মূল্যায়ন পরিচালনার অনুরোধ জানানোর অধিকার রয়েছে।
- আপনার IEP টিমকে বেসরকারিভাবে পরিচালিত মূল্যায়নের কপি প্রদান করার এবং IEP টিমকে দিয়ে এসব মূল্যায়ন পর্যালোচনা ও বিবেচনা করানোর অধিকার রয়েছে।
- আপনার সন্তানের IEP টিম-এর একজন সম-অধিকার সম্পন্ন সদস্য হওয়ার এবং সকল IEP মিটিংয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়ায় অর্থবহভাবে অংশগ্রহণ করার অধিকার আপনার রয়েছে।
- সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়ায় সহায়তা করার জন্য আপনার সন্তানকে ভালোভাবে চেনে বা তার সম্পর্কে বিশেষ দক্ষতা আছে, এমন অন্যান্য ব্যক্তিকে IEP মিটিংয়ে আমন্ত্রণ জানানোর অধিকার আপনার আছে।
- IEP মিটিং-এর আগে আপনার সন্তানের মূল্যায়নের কপি এবং অগ্রগতির রিপোর্ট পাওয়ার এবং আপনার সন্তানের IEP মিটিংয়ের দুই সপ্তাহের মধ্যে আপনার সন্তানের IEP-এর কপি পাওয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- আপনার সন্তান সম্পর্কে গৃহীত সিদ্ধান্তগুলোর সাথে আপনি দ্বিমত পোষণ করলে, আরেকটি IEP মিটিংয়ের, মধ্যস্থতার, কিংবা একটি নিরপেক্ষ শুনানি আয়োজনের অনুরোধ করার, কিংবা নিউ ইয়র্ক স্টেট বরাবর একটি অভিযোগ জমা দেয়ার অধিকার আপনার রয়েছে।
- যেকোনো সময় IEP টিম-এর কাছে চিঠি লিখে সকল স্পেশাল এডুকেশন (বিশেষ শিক্ষা) প্রোগ্রাম ও পরিষেবা বিষয়ে সম্মতি রদ (প্রত্যাহার) করার অধিকার আপনার রয়েছে। আপনি যদি তা করেন, তাহলে আপনার সন্তানের শিক্ষাগত ফাইল দেখাবে যে আপনার সন্তান প্রি-স্কুলে স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবা গ্রহণ করেছিল।
- আপনার IEP মিটিংগুলিতে একজন দোভাষী পাবার অধিকার আছে। আপনি IEP টিম-এর সাথে যোগাযোগের মাধ্যমে আপনার সন্তানের IEP-এর একটি অনুবাদিত কপি, মূল্যায়নের রিপোর্ট অথবা নোটিস, অথবা আপনার সন্তানের IEP সম্পর্কিত বাড়তি দোভাষী সহায়তাও পেতে পারেন।
- নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে স্পেশাল এডুকেশনে ভর্তি এবং পরিষেবা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি (নোটিফিকেশন) পাবার অধিকার আপনার আছে। যে ক্যালেন্ডার বছরে একজন শিক্ষার্থীর বয়স পাঁচ বছর হবে এবং এই হেমন্তে (ফল) কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি হবে, তার জন্য:

যদি একটি রেফারেল গৃহীত হয়...	...এই তারিখের মধ্যে অবশ্যই আসন অফার করতে হবে:
2 সেপ্টেম্বর থেকে 3 মার্চ পর্যন্ত	**15 জুন**
4 মার্চ থেকে 1 এপ্রিল পর্যন্ত	**15 জুলাই**
2 এপ্রিল থেকে 12 মে পর্যন্ত	**16 অগাস্ট**
11 মে থেকে 31 অগাস্ট	**রেফারেলের তারিখ থেকে 60 স্কুল দিবসের মধ্যে**



এর অর্থ হলো আপনার সন্তানের যদি মার্চের আগে একটি প্রিস্কুল IEP থেকে থাকে অথবা মার্চের আগে আপনি আপনার সন্তানের জন্য স্পেশাল এডুকেশন (বিশেষ শিক্ষা) মূল্যায়ন করার জন্য সুপারিশ করে থাকেন, তাহলে নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ অবশ্যই আপনাকে সেপ্টেম্বরে প্রদত্ত পরিষেবা ও আসনদান সম্পর্কে 15 জুনের মধ্যে অবহিত করবে। নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্ আপনার সন্তানকে যেসব পরিষেবা দেয়া হবে এবং যেই স্কুলে সে এই পরিষেবাগুলো পাবে তার নাম উল্লেখ করবে।

- যদি আপনি উপর্যুক্ত সময়সীমার কয়েকদিনের মধ্যে আসনের অফার না পান, তবে অনুগ্রহ করে 311 নম্বরে ফোন করুন অথবা **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** -ঠিকানায় ইমেইল করুন। যদি IEP-তে স্পেশাল ক্লাস সুপারিশ করা হয় এবং NYCPS উপর্যুক্ত ছকে উল্লেখিত সময়সীমার মধ্যে সুপারিশকৃত ব্যবস্থার আয়োজন না করে, তাহলে সন্তানকে নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্ট-অনুমোদিত একটি নন-পাবলিক স্কুলে যথাযথ কর্মসূচিতে আপনার অর্থব্যয় ছাড়া ভর্তি করার অধিকার আপনার আছে।
- যদি আপনি NYCPS দ্বারা পরিচালিত মূল্যায়নের সাথে একমত না হয়ে থাকেন, তবে নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এর খরচে একটি স্বতন্ত্র মূল্যায়ন লাভের অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে। এই বিষয়টি আপনাকে NYCPS-এর কাছে লিখিতভাবে জানাতে হবে। NYCPS হয় একটি নিরপেক্ষ মূল্যায়নের ব্যয়ভার বহন করবে, না হয় পর্যালোচনাটি যে সঠিক হয়েছে, সেটা প্রমাণের জন্য একটি নিরপেক্ষ শুনানির ব্যবস্থা করবে।
- যদি NYCPS নিম্নলিখিত সারণিতে উল্লিখিত সময়সীমার মধ্যে মূল্যায়নটি সম্পন্ন না করে (এর ব্যতিক্রম, যদি NYCPS এই বিলম্বের জন্য দায়ী না হয়), তবে NYCPS-এর খরচে আপনার একজন স্বতন্ত্র মূল্যায়ন লাভ করার অধিকার আছে।

যদি একটি পুনর্মূল্যায়নের অনুরোধ গৃহীত হয়ে থাকে...	...মূল্যায়নটি এই তারিখের মধ্যে অবশ্যই সম্পন্ন করতে হবে:
2 সেপ্টেম্বর থেকে 3 মার্চ পর্যন্ত	**1 জুন**
4 মার্চ থেকে 1 এপ্রিল পর্যন্ত	**1 জুলাই**
2 এপ্রিল থেকে 12 মে পর্যন্ত	**2 অগাস্ট**
11 মে থেকে 31 অগাস্ট	**রেফারেলের তারিখ থেকে 60 স্কুল দিবসের মধ্যে**

প্রতিবন্ধিতাযুক্ত শিক্ষার্থীদের পিতামাতার অধিকার সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, আমাদের *ফ্যামিলি গাইড টু স্পেশাল এডুকেশন স্কুল-এজ সার্ভিসেস* **অনলাইনে** - **schools.nyc.gov/special-education/help/contacts-and-resources** ঠিকানায় এবং নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্টের *প্রসিডিউরাল সেফগার্ড নোটিস: রাইটস্ ফর প্যারেন্টস্ অভ চিলড্রেন উইথ ডিস্যাবিলিটিজ, বয়স 3-21* (পরিবারের অধিকারসমূহের বিবৃতি) **অনলাইনে** - **schools.nyc.gov/special-education/help/your-rights** -এ পাওয়া যাবে। উভয় নথি স্কুলগুলোতেও পাওয়া যাবে।

কীভাবে সহায়তা পাবেন

আপনার নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এর IEP টিম

প্রশ্ন আছে কি? একটি স্কুল কিংবা CSE অফিসের একজন প্রতিনিধি আপনাকে এবং আপনার সন্তানকে স্কুলবয়সী স্পেশাল এডুকেশন পরিষেবায় উত্তরণে সহায়তা দেবেন। আপনার বিভিন্ন প্রশ্ন ও উদ্বেগ জানাবার প্রথম ব্যক্তি হলেন তিনি। কিন্ডারগার্টেনের IEP প্রক্রিয়ার শুরুতে আপনাকে পাঠানো 'পূর্ব লিখিত বিজ্ঞপ্তিতে' (প্রায়োর রিটেন নোটিস, PWN) আপনার IEP টিমের তথ্যও উল্লেখিত হবে।

বাড়তি সহায়তা

যদি আপনার এমন কোনো সমস্যা থাকে যা আপনার IEP টিম বা CSE ডিস্ট্রিক্ট অফিস সমাধান করতে পারবে না, তাহলে আপনি 311 নম্বরে ফোন করে অথবা **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov** ঠিকানায় ইমেইল করে আরও সহায়তা চাইতে পারেন।

অনুগ্রহ করে নিম্নোক্ত তথ্য প্রদান করুন:

- আপনার সন্তানের নাম, জন্ম তারিখ এবং NYC ID
- যে স্কুল অথবা CSE আপনাকে তথ্য পাঠিয়েছেন, কিংবা IEP মিটিংয়ের আয়োজন করেছেন তার নাম এবং নম্বর
- আপনার উদ্বেগের একটি সংক্ষিপ্ত বিবরণ

এছাড়াও আপনি সহায়তার জন্য নিচে তালিকাভুক্ত সংগঠনগুলোর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

স্পেশাল এডুকেশন প্যারেন্ট সেন্টারসমূহ

নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্ট অর্থায়িত স্পেশাল এডুকেশন প্যারেন্ট সেন্টারগুলো প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীর পিতামাতাদের জন্য বিভিন্ন তথ্য ও সংস্থান প্রদান করে।

INCLUDEnyc

116 East 16th Street, 5th Floor
New York, NY 10003
212-677-4660 (ইংরেজি)
212-677-4668 (স্প্যানিশ)
ওয়েবসাইট: **includenyc.org**
ব্রংক্স, ব্রুকলিন, ম্যানহাটান, এবং কুইন্সে পরিষেবা দেয়
(এছাড়াও সিটিব্যাপী প্যারেন্ট ট্রেনিং অ্যান্ড ইনফরমেশন সেন্টার (পিতামাতা প্রশিক্ষণ এবং তথ্য কেন্দ্র) হিসেবে পরিষেবা দেয়)

Parent to Parent of NY State

Institute for Basic Research
1050 Forest Hill Road
Staten Island, NY 10314
(718) 494-4872
ওয়েবসাইট: **parenttoparentnys.org/offices/Staten-Island/**
স্ট্যাটেন আইল্যান্ডে পরিষেবা দেয়

Parent Training and Information Centers (PTICs)

PTIC-গুলোকে প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের প্রয়োজন মেটানোর জন্য US ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন-এর অফিস অভ স্পেশাল এডুকেশন প্রোগ্রাম অর্থায়ন করে।

Advocates for Children of New York

151 West 30th Street, 5th Floor
New York, NY 10001
হেল্পলাইন: 866-427-6033
ওয়েবসাইট: **advocatesforchildren.org**

Sinergia/Metropolitan Parent Center

2082 Lexington Avenue, 4th Floor
New York, NY 10035
212-643-2840
ওয়েবসাইট: **sinergiany.org**

পরিশিষ্ট A: প্রতিবন্ধিতার শ্রেণীবিভাগ

K-12 গ্রেডের একজন শিক্ষার্থী স্পেশাল এডুকেশন লাভ করার যোগ্য যদি শিক্ষার্থীটি নিচে বর্ণিত প্রতিবন্ধিতার শ্রেণীবিভাগের এক বা একাধিক শর্ত পূরণ করে এবং সেজন্য, তার স্পেশাল এডুকেশন প্রোগ্রাম অথবা সংশ্লিষ্ট পরিষেবা (রিলেটেড সার্ভিস) প্রয়োজন হয়।

নিউ ইয়র্ক স্টেট রেগুলেশনস্ অভ দ্যা কমিশনার অভ এডুকেশনে আরও তথ্য পাওয়া যেতে পারে: **http://www.p12.nysed.gov/specialed/lawsregs/documents/regulations-part-200-201-oct-2016.pdf**

প্রতিবন্ধিতার শ্রেণীবিভাগ	বিবরণ
অটিজম	এটি একটি বেড়ে-ওঠা সম্পর্কিত প্রতিবন্ধিতা, প্রধানত যা একজন শিক্ষার্থীর সামাজিক এবং ভাব-বিনিময়ের দক্ষতাগুলোকে প্রভাবিত করে। এটি আচরণের উপরও প্রভাব ফেলতে পারে এবং ব্যাপক পরিসরের লক্ষণ অন্তর্ভুক্ত করে।
বধিরত্ব	শ্রুতি বৈকল্যযুক্ত একজন শিক্ষার্থী হলো যে হিয়ারিং এইড থাকা সত্ত্বেও অধিকাংশ অথবা কোনো আওয়াজ শুনতে অক্ষম।
বধিরতা-অন্ধত্ব	একজন শিক্ষার্থী, যার উভয় কান ও চোখে গুরুতর বৈকল্য আছে। যোগাযোগ এবং বেড়ে-ওঠা ও শিক্ষা-সংক্রান্ত অন্যান্য চাহিদা এতটাই অনন্য যে বধিরতা বা অন্ধত্ব আছে এমন শিক্ষার্থীদের জন্য প্রোগ্রামগুলো তাদের চাহিদা পূরণ করতে পারে না।
আবেগজনিত প্রতিবন্ধিতা	একজন শিক্ষার্থী যে দীর্ঘ সময় ধরে এবং উল্লেখযোগ্য মাত্রায় নিচের এক বা একাধিক বৈশিষ্ট্য প্রদর্শন করে, যা শিক্ষার্থীর শিক্ষাগত কার্য-সম্পাদনায় বিরূপ প্রভাব ফেলে: • শেখার এমন কোনও অক্ষমতা যা বুদ্ধিগত, ইন্দ্রিয়গত, বা স্বাস্থ্যের অবস্থা দিয়ে ব্যাখ্যা করা যায় না। • সহপাঠী ও শিক্ষকদের সঙ্গে সন্তোষজনক সম্পর্ক গড়ে তোলা অথবা বজায় রাখার অক্ষমতা • সাধারণ পরিস্থিতিতে বিভিন্ন ধরনের অনুপযুক্ত আচরণ বা অনুভূতি • সাধারণভাবে অসুখী কিংবা বিমর্ষ অসামাজিক মেজাজ • ব্যক্তিগত ও স্কুলজনিত সমস্যার সাথে সম্পর্ক আছে এমন শারীরিক উপসর্গ তৈরির অথবা ভীতিগ্রস্ত হবার প্রবণতা
শ্রুতি বৈকল্য	বধিরতার সংজ্ঞায় পড়ে না এমন কোনো শ্রুতি বৈকল্য যুক্ত শিক্ষার্থী। এই ধরনের শ্রবণক্ষমতা হ্রাস সময়ের সাথে সাথে পরিবর্তিত হতে পারে।
বুদ্ধি প্রতিবন্ধিত্ব (ইন্টেলেকচুয়াল ডিস্যাবিলিটি)	উল্লেখযোগ্য বৌদ্ধিক সক্ষমতা এবং মানানসইকরণ (জীবন যাপনে) দক্ষতার গড়পড়তার নিচে থাকা কোনো শিক্ষার্থী। এছাড়াও শিক্ষার্থীর ভাব বিনিময়, নিজের যত্ন নেয়া এবং সামাজিক দক্ষতায় ঘাটতি থাকতে পারে।
শেখায় প্রতিবন্ধিত্ব (লার্নিং ডিস্যাবিলিটি)	এটি একটি সুপরিসর ধারণা যা শেখার বিভিন্ন চ্যালেঞ্জ আওতাভুক্ত করে যেগুলো একজন শিক্ষার্থীর পড়া, লেখা, শোনা, কথা বলা, যুক্তি প্রয়োগ অথবা অংক করার সক্ষমতাকে প্রভাবিত করে।
একাধিক প্রতিবন্ধিত্ব	কোনো শিক্ষার্থী যার একাধিক প্রতিবন্ধিতা আছে, যা এমন শিক্ষাগত চাহিদা সৃষ্টি করে, যা কোনো একটি প্রতিবন্ধিত্বের জন্য প্রস্তুতকৃত একটি প্রোগ্রাম পূরণ করতে পারে না।
অস্থিজনিত বৈকল্য	অস্থিজনিত বৈকল্যের অর্থ হচ্ছে যখন কোনো শিক্ষার্থীর দেহে ক্রিয়াশীলতা বা সক্ষমতার অভাব রয়েছে; যেমন, সেরিব্রাল পালসি।
অন্য স্বাস্থ্যগত বৈকল্য	এটি একটি সুপরিসর ধারণা যা একজন শিক্ষার্থীর শক্তি, উদ্যম, অথবা সচেতনতার সক্ষমতা সীমিত করে এমন সব অবস্থা বোঝায়। একটি উদাহরণ হলো ADHD, যা মনোযোগে বিঘ্ন সৃষ্টি করে।
বাক অথবা ভাষাগত বৈকল্য	ভাব প্রকাশে কোনও বৈকল্য (কমিউনিকেশন ডিসঅর্ডার) রয়েছে এমন একজন শিক্ষার্থী, যেমন তোতলামি, উচ্চারণে সমস্যা, ভাষা বৈকল্য অথবা কণ্ঠস্বরজনিত বৈকল্য, যার ফলে শিক্ষার্থীর জন্য শব্দ বুঝতে কিংবা ভাব প্রকাশ কষ্টসাধ্য হয়।
মস্তিস্কে আঘাতজনিত জখম	কোনও অ্যাকসিডেন্ট অথবা কোনও ধরণের শারীরিক সংঘাতের ফলে মস্তিস্কে আঘাত প্রাপ্ত কোনো শিক্ষার্থী।
দৃষ্টিজনিত বৈকল্য	একজন শিক্ষার্থী যার দৃষ্টি সীমাবদ্ধতা তার শিক্ষাগত কার্য-সম্পাদনার উপর প্রভাব ফেলে। কোনো দৃষ্টি জনিত সমস্যা যা চশমা দিয়ে দূর করা যায় না, এতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে আংশিক দৃষ্টি হারানো এবং অন্ধত্ব।

পরিশিষ্ট B: ওয়েবসাইট এবং যোগাযোগের তথ্য

নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্-এর গুরুত্বপূর্ণ ওয়েবসাইটসমূহ এবং যোগাযোগের তথ্য

নিচে NYCPS-এর বিভিন্ন ওয়েবপেজের একটি তালিকা এবং অন্যান্য যোগাযোগের তথ্য দেয়া হলো যা আপনার সহায়ক হতে পারে।

নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুলস্

ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov**

কিন্ডারগার্টেনে ভর্তি প্রক্রিয়া

ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/Kindergarten**
ইমেইল: **ESenrollment@schools.nyc.gov**
ফোন: 718-935-2009
সর্বসাম্প্রতিক তথ্যের জন্য গ্রাহক হোন: **schools.nyc.gov/subscribe**
বিভিন্ন স্কুল খুঁজুন: **schools.nyc.gov/find-a-school**

স্পেশাল এডুকেশন

ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/specialeducation**
ইমেইল: **specialeducation@schools.nyc.gov**
হটলাইন: 718-935-2007

কিন্ডারগার্টেনে IEP প্রক্রিয়া

ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/special-education/preschool-to-age-21/moving-to-Kindergarten**
ইমেইল: **KindergartenIEPProcess@schools.nyc.gov**

ডিস্ট্রিক্ট 75

ওয়েবসাইট: **district75nyc.org**
ইমেইল: **D75info@schools.nyc.gov**
ফোন নম্বর: 212-802-1500

বিশেষায়িত বা স্পেশালাইজড্ প্রোগ্রামসমূহ

ওয়েবসাইট: **schools.nyc.gov/special-education/school-settings/specialized-programs**
ইমেইল: **SpecializedPrograms@schools.nyc.gov**

- ACES: **ACESPrograms@schools.nyc.gov**
- NEST/হরাইজন: **autismprograms@schools.nyc.gov**
- দ্বিভাষিক বা বাইলিঙ্গুয়াল স্পেশাল এডুকেশন: **BSEprograms@schools.nyc.gov**

নিচে তালিকাভুক্ত বিভিন্ন বিষয়ের উপর তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে সংশ্লিষ্ট ওয়েবসাইট দেখুন:

- অভিগম্য স্কুলসমূহ: **schools.nyc.gov/Offices/OSP/Accessibility**
  - অভিগম্য স্কুলগুলোর একটি তালিকার জন্য উপরের ওয়েবসাইটে "Accessible Schools" (অভিগম্য স্কুলসমূহ) অধীনে দেখুন
- চার্টার স্কুলসমূহ: **schools.nyc.gov/community/charters**
- স্কুলের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত (হেলথ্) ফর্মসমূহ: **schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services**
- পরিবহন: **schools.nyc.gov/school-life/transportation/transportation-overview**

পরিশিষ্ট C: মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মসমূহ

মেডিক্যাল অ্যাডমিটিস্ট্রেশন ফর্মের কপির জন্য অনুগ্রহ করে পরবর্তী পৃষ্ঠাগুলো দেখুন।
এছাড়াও আপনি এই ফর্মগুলোর কপির জন্য আপনার IEP টিম-এর কাছে অনুরোধ করতে পারেন এবং সেগুলো **অনলাইনে, schools.nyc.gov/school-life/health-and-wellness/health-services** -এ পেতে পারেন।

Attach student photo here

জেনারেল মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

এই ফর্মটি ডায়াবেটিজ, সিজার, অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির ওষুধের জন্য ব্যবহার করা যাবে **না**

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | **2026-2027** শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক হেলথ্ সেন্টারে ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রক্ট: _____

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

1. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**

☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____

☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

2. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**

☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____

☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

3. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____. _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

☐ Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**

☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____

☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

Home Medications (include over the counter) ☐ None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে

সংশোধিত 2/26

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

জেনারেল মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

এই ফর্মটি ডায়াবেটিজ, সিজার, অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির ওষুধের জন্য ব্যবহার করা যাবে **না**

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।

2. **আমি বুঝেছি যে:**
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
   - **আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে।** স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছে, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
     - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোসেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
   - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - **কোনও শিক্ষার্থী নিষিদ্ধ নেশাকর দ্রব্য (কন্ট্রোল সাবস্টেন্স) নিজে বহন করতে অথবা সেবন করতে পারবে না।**
   - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
   - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী ঔষধ-প্রদান জনিত পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম পাঠিয়ে দেন।

নিজে ঔষধ সেবনের ক্ষেত্রে (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহার এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহারের ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সেবিষয়ে পর্যবেক্ষণ করার প্রতি আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা, তা স্কুল নার্স/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: ____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: _____ বাড়ি: _____ সেল ফোন: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি

নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নম্বর: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ **Received by** – Name: _____ Date: _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ **Reviewed by** – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____ **Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison**: _____

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

সংশোধিত 2/26

Attach student photo here

অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____

স্কুল (ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis ☐ Asthma ☐ Other: _____

Severity *(see NAEPP Guidelines* ☐ Intermittent ☐ Mild Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Severe Persistent ☐ Unknown

Control *(see NAEPP Guidelines)* ☐ Well Controlled ☐ Not Controlled / Poorly Controlled ☐ Unknown

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

☐ Y ☐ N ☐ U | History of life-threatening asthma (loss of consciousness, hypoxic seizure, or intubation)

☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related PICU admissions (ever)

☐ Y ☐ N ☐ U | Received oral steroids within past 12 months _____ times last: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related ER visits within past 12 months _____ times last: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | History of asthma-related hospitalizations within past 12 months _____ times last: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | History of food allergy or eczema, specify: _____

☐ Y ☐ N ☐ U | Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?

Home Medications (include over the counter) ☐ None

☐ Reliever: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol ☐ Other: _____

☐ Controller: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol ☐ Other: _____

☐ Other: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

Quick Relief In-School Medication

- **Emergency Plan: If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**
- ***Individual spacers are provided by the school. Schools will only provide Albuterol MDI and Fluticasone 110 ucg***

☑ **Standard Albuterol Order**: *2 puffs Q4 prn cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness or shortness of breath.*

Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

☐ **Pre-exercise**: ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol

Dose: _____ puffs/ _____ AMP ☐ 15-20 mins before exercise ☐ PRN _____

☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** ☐ Albuterol ☐ Budesonide/formoterol

Dose: _____ puffs/ _____ AMP q _____ hrs prn symptoms for _____ days or as per PCP's Special Instructions/Other Orders below

Other Anti-inflammatory Reliever Medication instead of Standard Albuterol Order: SMART/MART (ginasthma.org): Administer medication for respiratory symptoms: cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness, or shortness of breath; if not symptom-free in 20 minutes, may repeat ONCE. The Standard Albuterol Order will be implemented if medication prescribed below is unavailable.

☐ Budesonide/formoterol **(provided by parent)**: Strength: _____ Dose: ☐ 1 puff ☐ 2 puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms

☐ Albuterol with ICS: Albuterol: 2 puffs plus Fluticasone 110 mcg _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms.

☐ Albuterol _____ puffs + ICS **(provided by parent)** Name: _____

Strength: _____ Dose _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms

☐ Albuterol or other Quick-Relief Medication: Name: _____

Strength: _____ Dose _____ puffs/AMP: _____ every _____ hours PRN respiratory symptoms

Special Instructions/Other Orders: _____

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

Stock Fluticasone 110 mcg will be used if prescribed medication below is not available.

☐ Fluticasone [*Only Fluticasone® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage*] ☐ Stock ☐ Parent Provided

Standing Daily Dose: _____ puff(s) ☐ one OR ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

☐ Budesonide/formoterol **(provided by parent)**. Standing Daily Dose: _____ puff(s) ☐ one OR ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

Special Instructions: _____

☐ Other ICS **(provided by parent)** Standing Daily Dose: Name: _____

Strength _____ Dose _____ Route _____ Frequency: ☐ one OR ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Completed by Emergency Department Medical Practitioner: ☐ Yes ☐ No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে।

সংশোধন 2/26

পিতামাতা অবশ ই 2 নং পৃষ্ঠায় স্বা ষর করবেন

অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

অ্যাজমা জনিত সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনা | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
2. আমি বুঝেছি যে:
   - আমি অবশ্যই স্কুলের নার্সকে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) পরিষেবা প্রদানকারীকে নন-অ্যালবিউটেরল ইনহেলার সহ আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
   - **আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছে, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।**
     - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের ডাক্তারের নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোসেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
   - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমার ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি অফিস অভ স্কুল হেলথ্-কে (OSH) অনুমোদন দিচ্ছি।
   - আমার সন্তানের ওষুধে অথবা ডাক্তারের নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে আমি স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীদের অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাবো।
   - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে।
   - যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো। যদি এটা করা না হয়, যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি স্কুল নার্স/SBHC-কে OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করতে পারবে না বলে কোনো চিঠি দিব, ততক্ষণ পর্যন্ত OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করবেন। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের অ্যাজমার লক্ষণসমূহ মূল্যায়ন করতে পারেন এবং নির্দেশনা অনুযায়ী অ্যাজমার ঔষধ সেবনের জন্য প্রদান করতে পারেন। OSH-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী চাইলে ঔষধ আগে যা ছিল তাই রাখতে পারেন অথবা পরিবর্তন করতে পারেন। OSH-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী একটি নতুন MAF পূরণ করবে, যেন আমার সন্তান OSH-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিষেবা গ্রহণ করতে পারে। আমার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী অথবা OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর ভবিষ্যত অ্যাজমা MAF লিখতে আমার স্বাক্ষরের প্রয়োজন হবে না। যদি OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের জন্য একটি MAF পূরণ করেন, তবে তিনি আমাকে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে তা জানানোর চেষ্টা করবেন।
   - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী অ্যাজমা সংক্রান্ত পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি সিদ্ধান নেন যে সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ ব্যবহার করবেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফরিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্যান্য ওষুধ, স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা আফটার স্কুল প্রোগ্রামের সময় তার সাথে পাঠাতে হবে। সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ শুধু স্কুলে OSH কর্মীগণ ব্যবহার করবেন।

নিজে ঔষধ সেবনের ক্ষেত্রে (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা, তা স্কুল নার্স/SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: ____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের সেলফোন: _____ অন্য ফোন নম্বর: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি নাম/সম্পর্ক: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি ফোন: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ **Received by** – Name: _____ Date: _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ **Reviewed by** – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
☐ School Based Health Center ☐ OSH Asthma Case Manager (for supervised students only)

Signature and Title (RN or MD/DO/NP): _____

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Attach student photo here

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | **2026-2027** শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergies: _____

History of asthma? ☐ Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)
☐ No

Does this student have the ability to:

Self-manage (See 'Student Skill Level' below)	☐ Yes	☐ No
Recognize signs of allergic reactions	☐ Yes	☐ No
Recognize and avoid allergens independently	☐ Yes	☐ No

Select In-School Medications

SEVERE ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ **kg**

Injectable (IM) ☐ 0.1 mg ☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg

Intranasal ☐ 1 mg ☐ 2 mg

Give epinephrine for any of the following signs and symptoms:

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

☐ Other signs and/or symptoms: _____

☐ If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses, **do not enter ranges**)

☐ If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

MILD ALLERGIC REACTION (parent must supply medicine for use in medical room) Note: if more than one oral medication is prescribed, this will be given **first**

Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea

SELECT ONE:

☐ Cetirizine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q24 hours pm

☐ Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q4 hours pm ☐ Q6 hours pm

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

OTHER ALLERGY MEDICATION: Give ☐ in addition to ☐ as alternative to the medication above

- Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours pm

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

Home Medications (include over the counter) ☐ None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে
ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

সংশোধিত 2/26
পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
2. **আমি বুঝেছি যে:**
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব। আমি স্কুলে রিট্র্যাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করবো।
   - **আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছে, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।**
     - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোসেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
   - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমা অথবা এপিনেফ্রিন ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি অফিস অভ স্কুল হেলথ্ (OSH) -কে অনুমোদন দিচ্ছি।
   - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট OSH এবং এর এজেন্টরা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
   - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী অ্যালার্জি জনিত পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি সিদ্ধান নেন যে সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ ব্যবহার করবেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফরিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্যান্য ওষুধ, স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা আফটার স্কুল প্রোগ্রামের সময় তার সাথে পাঠাতে হবে। সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ শুধু স্কুলে OSH কর্মীগণ ব্যবহার করবেন।

নিজে ঔষধ সেবন (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহার এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহারের ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সেবিষয়ে পর্যবেক্ষণ করার প্রতি আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা, তা স্কুল নার্স/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয়, তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণকে তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: ____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের সেলফোন: _____ অন্য ফোন নম্বর: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি নাম/সম্পর্ক: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি ফোন: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ **Received by** – Name: _____ Date: _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ **Reviewed by** – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____

Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

NYC Health Department | Public Schools

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | 2026-27 শিক্ষা বছর

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

লিখিত নির্দেশাবলী যখন জমা দেয়া ও অনুমোদিত হবে তখন বাস্তবায়ন করা হবে। যদি আপনি 2026-এর সেপ্টেম্বরে নির্দেশনা বাস্তবায়ন শুরু করতে চান, তবে অনুগ্রহ করে এখানে চেক মার্ক দিন ☐

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	লিঙ্গ ☐ M ☐ F	OSIS #
স্কুলের ATSDBN / নাম	ঠিকানা	বরো	ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড / ক্লাস

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETES BELOW *[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']*

SECTION A: Diagnosis

A1. Diagnosis

Diabetes Mellitus ☐ Type 1 or ☐ Type 2 or ☐ Other: _____ Dx Date ____ / ____ / _____

A2. Recent A1c

Date ____ / ____ / _____ Result ____ . ____ %

SECTION B: Emergency Orders

B1. Severe Hypoglycemia

ADMINISTER GLUCAGON AND CALL 911

Glucagon	GVOKE	Baqsimi	Zegalogue
☐ 1mg SC/IM ☐ 0.5mg SC/IM	☐ 1mg SC ☐ 0.5mg SC	☐ 3mg Intranasal	☐ 0.6mg SC Repeat in 15 min PRN

Give PRN: unconscious, unresponsive, seizure, or inability to swallow EVEN IF bG is unknown. Turn onto left side to prevent aspiration and call 911. If more than one option is chosen, school staff will use ONE form of available glucagon unless otherwise directed.

B2. Risk for Diabetic Ketoacidosis (DKA)

CALL 911 IF POSITIVE KETONES AND VOMITING, UNABLE TO TAKE PO, ALTERED MENTAL STATUS, OR BREATHING CHANGES

Test ketones if any of the following:
- vomiting
- fever ≥ 100.5 F
- bG > ____ mg/dl for the ☐ FIRST ***OR*** ☐ SECOND time that day, ≥ 2 hrs apart

If ketones small or trace, give water, re-test ketones & bG in 2 or ___ hrs

If ketones moderate or large, give water, **call parent and endocrinologist/provider and:**
☐ Give insulin correction dose if ≥ 2 hrs or ___ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ NO GYM OR PHYSICAL ACTIVITY

SECTION C: Skill Level (*If incomplete or attestation not initialed, default is nurse dependent*)

C1. Glucose Monitoring PICK ONE	C2. Insulin Calculation & Administration PICK ONE	Skill Level: Skills include finger sticks, glucometer and/or CGM use, insulin dose calculation, and insulin administration* **Only nurses or supervised/independent students may administer insulin*
☐	☐	**Nurse-Dependent:** Nurse or trained staff must perform
☐	☐	**Supervised:** Student to perform with adult supervision
☐	☐	**Independent:** Student carries supplies & self-administers

_____
Provider Initials

FOR INDEPENDENT MEDICATION ADMINISTRATION: I attest that the independent student demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events.

SECTION D: Glucose Monitoring

D1. Glucose Monitoring Times

Monitor PRN and:
- ☐ Breakfast
- ☐ Lunch
- ☐ Snack
- ☐ Gym
- ☐ Dismissal

☐ No bG monitoring

D2. Continuous Glucose Monitor Use
(Must complete Section G)

☐ Use CGM readings for glucose monitoring
☐ Use CGM readings for insulin dosing

For CGMs to be used for glucose monitoring and/or insulin dosing, devices must be FDA approved for use and age and used within the limits of the manufacturer's protocol.

SECTION E: Glucose Monitoring Parameters

E1. Hypoglycemia (*Provide additional hypoglycemia instructions in Section I: Other Orders*)

E1a. Oral Hypoglycemia Treatment

☐ For bG < 70 mg/dl or < ____ mg/dl, give 15 g or ___ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ___ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl.
☐ For bG < ____ mg/dl, give ___ g rapid carbs PRN. Recheck bG in 15 min or ___ min until bG > 70 mg/dl or ____ mg/dl.

E1b. Pre-Gym/Physical Activity Hypoglycemia Orders

☐ For bG < ____ mg/dl, no gym or physical activity
☐ For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia then give uncovered snack*
☐ For bG < ____ mg/dl, give uncovered snack*

E1c. Pre-Dismissal Hypoglycemia Orders

☐ For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, and give uncovered snack* before dismissed
☐ For bG < ____ mg/dl, treat hypoglycemia PRN, call parent to pick up

15 g rapid carbs = 4 glucose tabs = 1 glucose gel tube = 4 oz juice

***Snacks provided by staff will be between 15-25 g carbs unless otherwise specified in Section I: Other Orders

E2. Hyperglycemia

☐ For bG > _____ mg/dl pre-gym, ☐ no gym and ☐ check ketones (no gym applies regardless of ketones, for ketone parameters, see Section B2)
☐ For bG > _____ mg/dl PRN, give insulin correction if ≥ 2 hrs or ___ hrs since last rapid-acting insulin

bG "HI" reading = 500 mg/dl or ____ mg/dl

SECTION F: Insulin Orders

F1. Insulin Name

_____ ☐ No insulin in school
* *May substitute Novolog with Admelog/Humalog*

F2. Insulin Delivery Method

☐ Syringe/Pen ☐ SmartPen- use app recommendations
☐ Pump (Brand) **If left blank, will use syringe/pen*

_____
**For iLet, must complete iLet Pump Orders Form*

F3. Insulin Pump Orders

**Nurse will follow pump recommendations by default*
☐ Student on FDA approved hybrid closed loop pump – basal rate variable per pump
☐ Suspend/disconnect pump for hypoglycemia not responding to treatment for ____ min
☐ Suspend/disconnect pump for gym
☐ Activity Mode: Start 60 min or ___ min prior to exercise until 120 min or ___ min after exercise

F4. Concern for Pump Failure/Pump Dislodgment

☐ For bG > ____ mg/dl that has not decreased in 2 hrs or ___ hrs after correction, consider pump failure and notify parents
☐ For suspected pump failure, SUSPEND pump and give rapid-acting insulin by syringe/pen
☐ For pump failure, only give correction dose if ≥ 2 hrs or ___ hrs since last rapid-acting insulin (See F6)
☐ In the setting of pump failure, do not use the pump to calculate insulin correction doses

F5. Insulin Calculation Methods

F5a. Carb Coverage Using: ☐ I:C ☐ Sliding Scale ☐ Fixed Dose
F5b. Correction Dose Using: ☐ ISF ☐ Sliding Scale
F5c. Insulin Dosing for Meals:

	Meal		
Insulin Dose	Breakfast	Lunch	Snack
Carb Coverage	☐	☐	☐
Correction Dose	☐	☐	☐

When carb coverage and correction doses are given at the same time, correction dose will be added when bG > target ***and*** ≥ 2 hrs or ___ hrs since last rapid-acting insulin unless otherwise specified

F5d. Exceptions to Pre-Meal Insulin Administration

☐ Give insulin after: ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack
☐ If bG > target bG or ____ mg/dl, give correction dose pre-meal and carb coverage after meal

Carb Coverage using I:C

$\frac{\text{\# g carb in meal}}{\text{I:C}}$ = X units insulin

Correction using ISF

$\frac{\text{bG – target bG}}{\text{ISF}}$ = Y units insulin

Round DOWN insulin dose to closest 0.5 unit for syringe/pen, or nearest whole unit if syringe/pen doesn't have ½ unit marks unless otherwise instructed by PCP/Endocrinologist. **Round DOWN** to nearest 0.1 unit for pumps unless following pump recommendations or PCP/Endocrinologist orders.

F6. Insulin Dose Calculation Ratios

Times will be 7am – 4pm if not specified

F6a. Target bG

____ mg/dl from time _____ to _____
____ mg/dl from time _____ to _____

F6b. Insulin Sensitivity Factor (ISF)

1 unit decreases bG by:
____ mg/dl from time _____ to _____
____ mg/dl from time _____ to _____

F6c. Insulin:Carb Ratio (I:C)

Time _____ to _____ ***OR*** Breakfast
1 unit per ___ g carbs
Time _____ to _____ ***OR*** Lunch
1 unit per ____ g carbs
Time _____ to _____ ***OR*** Snack
1 unit per ___ g carbs

☐ If gym/recess is immediately following meal, subtract ___ g carbs from meal carb calculation

NYC Health Department | Public Schools

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | 2026-27 শিক্ষা বছর

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	OSIS #

SECTION F: Insulin Orders (Continued)

F7. Sliding Scales (*Provide additional sliding scales in Section I: Other Orders*)

Do **NOT** overlap ranges (e.g., 0-100, 101-200, etc.). If ranges overlap, the lower dose will be given. Provide a range from 0 to "high" bG, which is 500 mg/dl unless otherwise specified in Section E2: Hyperglycemia. Use pre-treatment bG to calculate insulin dose unless specified in Section I: Other Orders. **If no correction dose ratios or correction dose sliding scale is given, the student will not receive rapid-acting insulin outside of the specified meals and all orders for rapid-acting insulin PRN will not be implemented.**

F7a. Correction Dose	
bG (mg/dl)	Units
Zero -	0
-	
-	
-	
-	
-	
-	

F7b. Carb Coverage *PLUS* Correction Dose		
bG (mg/dl)	Units	Use For:
Zero -		☐ Breakfast
-		☐ Lunch
-		☐ Snack
-		☐ See attached
-		
-		
-		

F8. Fixed Dosing for Carb Coverage

Correct bG using method in Section F5a: Correction Dose and for carb coverage ADD:

☐ ___ units for breakfast (hold dose if no carbs consumed for meal)
☐ ___ units for lunch (hold dose if no carbs consumed for meal)
☐ ___ units for snack (hold dose if no carbs consumed for meal)

F9. Alternate Rounding Instructions

☐ Round insulin dosing to nearest whole unit: 0.50-1.49u rounds to 1u
☐ For half unit pen/syringe, round insulin dosing to nearest half unit: 0.25-0.74u rounds to 0.5u

F10. Long-Acting Insulin

☐ Give long-acting insulin at school
Name: _____
Dose: ___ units
Time: _____ ***OR*** pre-lunch
Long-acting insulin may be given at the same time as rapid-acting insulin at a different injection site (e.g., different arms)

SECTION G: Continuous Glucose Monitoring (CGM) Orders *[Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion']*

G1. Name and Model of CGM: _____

For CGMs to be used for glucose monitoring and/or insulin dosing, devices must be FDA approved for use and age and used within the limits of the manufacturer's protocol and in accordance with manufacturer's instructions. For CGM used for insulin dosing, finger stick bG will be done when symptoms don't match the CGM readings or if there is some reason to doubt the sensor (i.e. for readings < 70 mg/dl or sensor does not show both arrows and numbers). For sG < 70mg/dl, check bG and follow hypoglycemia orders on DMAF, unless otherwise ordered below.

G2. CGM Instructions: Use CGM grid below ***OR*** ☐ see attached CGM instructions.

CGM Reading	**Arrows**	**Action** ☐ **use < 80 mg/dl instead of < 70 mg/dl for grid action plan**
sG < 60 mg/dl	Any arrows	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↓, ↓↓, ↘ or →	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan. Recheck in 15-20 min. If sG still < 70 mg/dl, check bG.
sG 60-69 mg/dl	↑, ↑↑, or ↗	Treat hypoglycemia per bG hypoglycemia plan if symptomatic. Otherwise, recheck in 15-20 min.
sG ≥ 70 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for insulin dosing.
sG ≤ 120 mg/dl pre-gym or recess	↓, ↓↓	Give 15 g uncovered carbs. If gym or recess is immediately after lunch, subtract 15 g of carbs from lunch carb calculation.
sG ≥ 250 mg/dl	Any arrows	Follow bG DMAF orders for treatment and insulin dosing.

☐ For student using CGM, wait 2 hours after a meal before testing for ketones with hyperglycemia

SECTION H: Parental Input into Dosing

Parent(s)/Guardian(s) (**MUST GIVE NAME**), _____, may provide the nurse with information relevant to insulin dosing, including dosing recommendations. Taking the parent's input into account, the nurse will determine the insulin dose within the range ordered by the health care provider and in keeping with nursing judgement.

SELECT ONE

☐ Nurse may adjust calculated dose up or down up to ___ units based on parental input and nursing judgement.

☐ Nurse may adjust calculated dose up by ___ % or down by ___ % of the prescribed dose based on parental input and nursing judgement.

MUST COMPLETE: Health care provider can be reached for urgent dosing orders at (_____) _____- _____. If the parent requests a similar adjustment for > 5 days in a row, the nurse will contact the health care provider to see if the school orders need to be revised.

SECTION I: Other Orders	**SECTION J: Home Medications**				
	Medication	Dose	Route	Frequency	Time

SECTION K: Additional Information

Is the child using altered or non-FDA approved equipment? ☐ **Yes** ☐ **No** [*Please note that New York State Education laws prohibit nurses from managing non-FDA approved devices. For nurse to administer insulin at school, you must provide pump failure and/or back up orders on DMAF page 1.*]

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	First name	**Signature**	**Date**
Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA			

Address Street	City/State	ZIP	**Email**

NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

NYC Health Department | Public Schools

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

Parent Consent Form | School Year 2026-27

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	লিঙ্গ ☐ M ☐ F	OSIS #
স্কুলের ATSDBN / নাম	ঠিকানা	বরো	ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড / ক্লাস

পিতামাতা ও অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

1. আমি সম্মতি দিচ্ছি যে নার্স/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রের (স্কুল বেজড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে প্রেসক্রিপশন ঔষধ দিতে পারবেন, এবং নার্স/প্রশিক্ষিত স্টাফ/SBHC প্রদানকারী ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারবেন, এবং তারা আমার সন্তানের লো ব্লাড সুগারের পরিচর্যা করবেন নির্দেশনা অনুযায়ী এবং তাদের দক্ষতার স্তর নির্ধারণ করবেন আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী। চিকিৎসা স্কুল প্রাঙ্গনে অথবা স্কুল ট্রিপের সময় প্রদান করা হতে পারে।
2. আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
3. আমি বুঝি যে:
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীকে আমার সন্তানের ঔষধ, স্যাকস, সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট), এবং অন্যান্য সামগ্রী প্রদান করবো এবং অবশ্যই যেগুলো নার্সের শেষ হয়ে গেছে সেগুলো, যেমন ঔষধ, সরঞ্জাম এবং অন্যান্য সামগ্রী পুনরায় সরবরাহ করতে হবে। অফিস অভ স্কুল হেলথ্ (OSH) আমার সন্তানের ব্লাড সুগার লেভেল পরিমাপ করতে এবং ইনস্যুলিন দিতে সেফটি ল্যানসেট এবং অন্যান্য সেফটি নিডল (নিরাপদ সুচ) ডিভাইস ও সরবরাহ ব্যবহারের পরামর্শ দেয়।
   - আমি আমার সন্তানের 504 মিটিংয়ে যেভাবে রূপরেখা করা হয়েছে সেভাবে স্কুলে এবং ট্রিপগুলোতে তাকে ঔষধপত্র/সাপ্লাই বহন করতে এবং সংরক্ষণ করার সম্মতি দিচ্ছি।
   - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছে, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
     - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মেসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: **1)** আমার সন্তানের নাম, **2)** ফার্মেসির নাম এবং ফোন নম্বর, **3)** আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, **4)** তারিখ, **5)** রিফিলের সংখ্যা, **6)** ঔষধের নাম, **7)** সেবনের পরিমাণ (ডোসেজ), **8)** কখন ঔষধ নিতে হবে, **9)** কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং **10)** অন্য যেকোনো নির্দেশনা।
   - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই **অতিসত্ত্বর** জানাতে হবে।
   - আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট OSH এবং এর এজেন্টরা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটিতে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি OSH-কে আমার সন্তানের ডায়াবেটিস সংক্রান্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোতে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা একটি ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনার মেয়াদ উত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF প্রদান করবো।
   - OSH এবং ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (DOE) আমার সন্তান নিরাপদে নিজের ব্লাড সুগার পরীক্ষা করতে পারে তা নিশ্চিত করবে।
   - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে ডায়াবেটিস জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে, এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যানও (শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (DMAF) সংক্রান্ত প্রশ্নাবলীর জন্য OSH প্যারেন্ট হটলাইন: 718-786-4933

নিজে ঔষধ সেবন এবং/অথবা পদ্ধতিসমূহের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান ঔষধ গ্রহণে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই সেবন করতে এবং/অথবা পদক্ষেপগুলো সম্পন্ন করতে পারে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহার এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহারের ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সেবিষয়ে পর্যবেক্ষণ করার প্রতি আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স অথবা SBHC প্রদানকারীগণ নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।
- আমার সন্তানকে তার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী গ্লুকাগন প্রদানের জন্য ব্যবস্থাপত্র প্রদান করলে এবং আমার সন্তান যদি সাময়িকভাবে তার ওষুধ বহন ও সেবন করতে অপারগ হয়, তাহলে আমি স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীদেরকে সেটা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি।

পিতামাতা / অভিভাবক নিচে স্বাক্ষর করবেন		
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ইংরেজি বড় অক্ষরে লিখুন	**পার্ট A এবং B-এর জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর**	**স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ**

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা		পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল	
জরুরি পরিস্থিতিতে যোগাযোগের নম্বর	সবচেয়ে ভালো যোগাযোগের ফোন নং	বাড়ির ফোন নং	সেল ফোন নং
জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের জন্য বিকল্প ব্যক্তির নাম		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	যোগাযোগের ফোন নং

পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number:	
Received by: Name	**Date:** ___ / ___ / _____
Reviewed by: Name	**Date:** ___ / ___ / _____
☐ 504 ☐ IEP ☐ Other	**Referred to School 504 Coordinator:** ☐ Yes ☐ No
Services provided by:	☐ Nurse/NP ☐ School Based Health Center ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
Signature and Title (RN or SMD):	**Date:** ___ / ___ / _____
Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: ___ / ___ / _____	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified	
Notes:	

Attach student photo here

মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড্ ট্রিটমেন্ট ফর্ম (ঔষধ সেবন ছাড়া)

সেবা প্রদানকারীর চিকিৎসা প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | **2026-2027** শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____

স্কুল (ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders).

Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

☐ Blood Pressure Monitoring
☐ Chest Clapping/Percussion
☐ Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr.
☐ Central Line/PICC Line
☐ Dressing Change
☐ Feeding: Cath Size _____ Fr.
☐ Nasogastric ☐ G-Tube ☐ J-Tube ☐ Bolus
☐ Pump ☐ Gravity ☐ Spec./Non-Standard*
☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #4
☐ Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.
☐ Ostomy Care
☐ Oxygen Administration - specify in #1, including pulse oximetry
☐ Postural Drainage
☐ Pulse Oximetry – specify in #1
☐ Trach Care: Trach. Size _____
☐ Trach Replacement - specify in #4
☐ Trach suctioning: Cath Size _____ Fr
☐ Other: _____

Student will also require treatment: ☐ during transport ☐ on school-sponsored trips ☐ during afterschool programs

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
☐ Supervised Student: student self-treats, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-treat
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

Diagnosis: _____
Diagnosis is self- limited: ☐ Yes ☐ No

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
☐ _____._____ ☐ _____._____ ☐ _____._____

1. **Treatment required in school:**
   ☐ **Feeding: *Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider/specialist.**
   Formula Name: _____ Concentration: _____
   Route: _____ Amount: _____ Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
   ☐ **Flush** with _____ mL _____ ☐ Before feeding ☐ After feeding
   ☐ **Oxygen Administration:** Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
   ☐ pm ☐ O2 Sat < _____ % Specify signs & symptoms:
   ☐ **Other Treatment:** Treatment Name: _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
   Specify signs & symptoms:
   ☐ **Additional Instructions or Treatment:**
2. Conditions under which treatment should not be provided:
3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:
4. **Emergency Treatment**: Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:
5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:
6. Date(s) when treatment should be: Initiated: _____ Terminated: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA
Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____
Address: _____ Email address: _____
Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে

সংশোধিত 2/26

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড্ ট্রিটমেন্ট ফর্ম (ঔষধ সেবন ছাড়া)

সেবা প্রদানকারীর চিকিৎসা প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | **2026-2027** শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) এবং ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসার নির্দেশনা সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।
2. **আমি বুঝেছি যে:**
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধ দিব।
   - **আমি যেসব ওষুধপত্র স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ-পত্র প্রদান করবো।**
     - চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধের উপর আমার সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ লেখা থাকা উচিত।
   - আমার সন্তানের চিকিৎসা অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছর শেষ হলে কিংবা আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন ফর্ম দিলে (দুটির যেটা আগে হবে), এই ফর্ম-এর চিকিৎসা-নির্দেশনা/আদেশ মেয়াদোত্তীর্ণ হবে, এতে সামার অধিবেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। যখন এই ওষুধ সেবনের নির্দেশ মেয়াদ উত্তীর্ণ হয়, আমি আমার সন্তানের স্কুল নার্স/SBHC প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF, যা আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রদানকারী কর্তৃক লিখিত, সেটি দেবো।
   - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী চিকিৎসা (মেডিক্যাল) পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্টের নির্দেশ অনুযায়ী, নার্সগণ পূর্ব-মিশ্রিত ঔষধ ব্যবস্থাপনা ও খাওয়ানোর জন্য অনুমোদিত নয়। শিক্ষার্থীর প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক নির্দেশনা অনুযায়ী, নার্স ঔষধ প্রস্তুত ও মেশাতে এবং জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়াতে পারেন।

নিজে চিকিৎসা করার ক্ষেত্রে (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের চিকিৎসা করবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমি আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত অনুযায়ী লেবেল করা এই ঔষধ-পত্র এবং সরঞ্জামে দেয়ার জন্য দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের চিকিৎসার প্রতি, এবং নিজে চিকিৎসা স্কুলে করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স/SBHC-এর পরিষেবা প্রদানকারী নিশ্চিত করবে। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে সক্ষম না হলে আমি স্কুলকে স্পষ্টভাবে লেবেলকৃত "ব্যাক আপ" সরঞ্জাম অথবা সামগ্রী প্রদানের সম্মতিও দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: ____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: _____ বাড়ি: _____ সেল ফোন: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি

নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নম্বর: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ **Received by** – Name: _____ Date: _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ **Reviewed by** – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____ **Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison**: _____

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM

Office of School Health | School Year 2026-2027

Student's health care practitioner completes this form, and parent submits it to the 504 Coordinator or IEP team with attached: Request for Health Services/Section 504 Accommodations Parent Form with HIPAA Authorization (for new or modified requests), Medication Administration Form (MAF) and/or Medically Prescribed Treatment Form, and any additional supporting documentation from practitioner/provider.

Student Name: _____ *OSIS #:* _____ *Student's Date of Birth:* _____

☐ 504 Request ☐ IEP Request IEP Classification: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

MEDICAL INTERVENTION

Medical Diagnosis _____ /ICD-10 Code/DSM-V Code(s): _____._____ _____._____ _____._____

If the request is for a diagnosis of allergies/anaphylaxis, diabetes, or seizure disorder, please complete the Medical Accommodations Request Form Addendum.

This condition is: ☐ Acute ☐ Chronic Expected duration of accommodation: _____ weeks

Request for: ☐ nursing services ☐ paraprofessional support ☐ transportation ☐ other (see Other Services)

Requests for nursing or paraprofessional support, will be reviewed on a case-by-case basis to determine whether the student needs 1:1 support or school-based support. When a student requires medication during the school day and is unable to self-administer, medication is generally administered by the school nurse. Trained paraprofessionals may administer epinephrine and glucagon; all other medications, including insulin, must be administered by a nurse. Requests for transportation accommodations will be reviewed on a case-by-case basis. Prior to commencement of services, MAFs must be submitted for all medications, supervision, and monitoring, and Medically prescribed Treatment Forms submitted for clinical procedures performed by OSH and its agents during school hours or DOE programs or activities.

Student's current clinical status *(level of control, current management plan, pending evaluations, etc.)*:

Type of Medical Intervention:	Intervention Needed
☐ Administration of Medications Please complete and submit all applicable Medication Administration Forms (MAFs: Allergy & Anaphylaxis, Asthma, Diabetes, General, Seizure). ☐ Emergency Medications (e.g. glucagon, rectal diazepam) Please list all emergency medications, including time frame for administration Will student require daily administration of medication during school hours? ◯ Yes ◯ No Will student require in-school medications 3 or more times per day? List daily medications here, and attach MAFs. ◯ Yes ◯ No	☐ during school ☐ during transport
☐ Procedures and Treatments, Routine and Emergency *(e.g., suctioning, airway management, vagal nerve stimulator) Please complete and submit the Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form (Non-Medication)* *Please list, including timing and frequency of administration during the school day.*	☐ during school ☐ during transport
☐ Equipment Management *(e.g., ventilator, oxygen) Please complete the Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form (Non-Medication)* Please list all equipment that will accompany the student during school and/or transport:	☐ during school ☐ during transport
☐ Other Services *Please complete all appropriate forms (MAFs, Request for Provision of Medically Prescribed Treatment Form, if applicable)* ☐ air conditioning ☐ ambulation assistance ☐ elevator pass ☐ other Please list:	☐ during school ☐ during transport

PROVIDERS, PLEASE SIGN PAGE 2 →

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM
Office of School Health | School Year 2026-2027
STUDENT CONSIDERATIONS

Supervision/Monitoring Required: ☐ none ☐ during school ☐ during transport

Supervision/Monitoring Frequency: ☐ continuous ☐ other

Please describe the additional supervision/monitoring needed, including the tasks/responsibilities:

Is the student considered to be medically unstable (At risk for medical decompensation during school or transport)?

☐ Yes (please describe below) ☐ No

Is the student considered to be behaviorally unstable (poses a danger to themself or to other students)?

☐ Yes (please describe below) ☐ No

Does the student currently utilize the following: ☐ Crutches ☐ Cast ☐ Wheelchair ☐ Walker ☐ Other: _____

Please list any other clinical concerns relevant to supporting the student during the school day and/or during transport (Attach additional information if needed)

How does this diagnosis affect educational performance? Does the diagnosis have an impact on learning, participation, or attendance in school? If so, please describe.

CONTACT INFORMATION & ATTESTATION

Phone number - Office: _____ Cell: _____ Email: _____

Best days to be reached:

☐ Mon-Time: _____ ☐ Tue-Time: _____ ☐ Wed-Time: _____ ☐ Thu-Time: _____ ☐ Fri -Time: _____

I attest that I have provided clinical services to this student and that the information above is complete and clinically accurate as of the date provided below.

Provider's Name (print): _____ License #: _____

Provider's Signature: _____ Date of completion: _____

MEDICAL ACCOMMODATIONS REQUEST FORM ADDENDUM 2026-2027

To Completed by the Student's Health Care Practitioner

Student Name: _____ DOB: _____ Student ID#: _____

Allergies/Anaphylaxis

(Note Available School-Specific Allergy Resources listed below)

List allergen(s): _____

Source of allergy documentation: ☐ Skin Testing ☐ Blood Test ☐ Parental Report

History of Anaphylaxis? ◯ Yes ◯ No

If yes, specify system(s) affected: ☐ Respiratory ☐ Skin ☐ GI ☐ Cardiovascular ☐ Neurologic Medications

Medications: _____

Was an **Allergy/Anaphylaxis** MAF completed? ◯ Yes ◯ No

Does the student have a history of developmental or cognitive delay? ◯ Yes ◯ No

If yes, specify diagnosis/diagnoses: _____

Does the student have prior experience with self-monitoring? ◯ Yes ◯ No

Can the student:

- ☐ Independently self-monitor and self-manage?
- ☐ Recognize symptoms of an allergic reaction?
- ☐ Promptly inform an adult as soon as accidental exposure occurs or symptoms appear, or ask a friend for help?
- ☐ Follow safety measures established by a parent/guardian and/or school team?
- ☐ Understand not to trade or share foods with anyone?
- ☐ Understand not to eat any food item that has not come from or been approved by a parent/guardian?
- ☐ Wash hands before and after eating?
- ☐ Develop a relationship with the school nurse or another trusted adult in the school to assist with the successful management of allergy in the school?
- ☐ Carry an epinephrine auto-injector?

Provider Signature: _____

Diabetes

When was the student diagnosed with diabetes? _____

Was a **Diabetes MAF** completed for this student? ◯ Yes ◯ No

Does the student have any cognitive challenges or physical disabilities that interfere with the student providing self-care for their diabetes? ◯ Yes ◯ No

If yes, please specify: _____

Can the student identify symptoms of hypoglycemia? ◯ Yes ◯ No

Can the student notify an adult when they feel that their blood glucose is not normal? ◯ Yes ◯ No

What is the plan to transition the student to independent functioning? _____

Provider Signature: _____

Seizure Disorder

Type of Seizure: _____

Frequency of Seizures _____

Medication(s), including emergency medications: _____

Was a **Seizure MAF** Completed? ◯ Yes ◯ No

Are the seizures well-controlled by the current medication regimen? ◯ Yes ◯ No

Does the student require routine or prn emergency medication in school? ◯ Yes ◯ No

If yes, has an MAF been completed? ◯ Yes ◯ No

Other associated signs and symptoms, including medication side effects: _____

Number of seizure-related ER visits during the past year: _____

Number of seizure-related hospitalizations/ICU admissions: _____

Frequency of office visits/monitoring: _____ ◯ Weeks ◯ Months

Last Office Visit: _____

Activity Restrictions: _____

Provider Signature: _____

DO NOT WRITE BELOW - SCHOOL USE ONLY

School-Specific Allergy Resources:

- ☐ Allergy Table(s) in the lunchroom: _____ staff members for supervision
- ☐ Allergy Table(s) in the classroom: _____ staff members for supervision
- ☐ General Staff Training for Epinephrine administration: _____ staff members trained
- ☐ Student-Specific Training for Epinephrine administration: _____ staff members trained
- ☐ Allergy Response Plan received from school nurse
- ☐ Other: _____

School-Specific Diabetes Resources:

- ☐ General Diabetes Basics Staff Training
- ☐ Student-Specific Staff Training for Glucagon administration
- ☐ Diabetes Care Plan from school nurse
- ☐ Other: _____

Name of Principal or Principal's Designee: _____

NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

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:

1. 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 হেলথ্ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন ("DOHMH") এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন ("DOE"), যারা যুগ্মভাবে অফিস অভ স্কুল হেলথ্ পরিচালনা করে - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।

2. 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।

3. আমি যে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে (হেলথ্ 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।

4. আমি বুঝি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, একটি হেলথ প্ল্যানে অন্তর্ভুক্তি, অথবা সুবিধা বা বেনিফিটের জন্য যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেয়ার উপর নির্ভর করবে না।

5. 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।

6. **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 হেলথ্ 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:** ☐ স্বয়ং ☐ পিতামাতা/অভিভাবক ☐ 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 ইমিউনোডেফিশিয়েনসি ভাইরাস থেকে এইডস্ (AIDS) হয়ে থাকে। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ্ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারও 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।**

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	☐	☐
☐ পরীক্ষার সময়সূচি/পরীক্ষা সময়সীমা (যেমন, বর্ধিত সময়)	☐	☐
☐ পরীক্ষা কেন্দ্রের বিন্যাস/স্থান	☐	☐
☐ উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনাসমূহ/সহায়ক প্রযুক্তি	☐	☐
☐ পরীক্ষায় উত্তর দেয়ার পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা	☐	☐
☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____		
ক্লাসরুমে / পাঠ্যক্রমে বিশেষ সুবিধা ব্যবস্থা	☐	☐
☐ ক্লাসের সময়সূচি/সময়ের ব্যবহার	☐	☐
☐ ক্লাসের বিভিন্ন কর্মকাণ্ডের বিন্যাস	☐	☐
☐ উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশাবলী	☐	☐
☐ ক্লাসের কর্মকাণ্ডে উত্তর দেয়ার পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা	☐	☐
☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____		
স্বাস্থ্যগত সহায়তাসমূহ		
প্যারাপ্রফেশনাল	☐	☐
☐ 1:1 প্যারাপ্রফেশনাল	☐	☐
☐ অন্য/শেয়ারকৃত প্যারাপ্রফেশনাল: (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____		
নার্সিং পরিষেবা (স্কুলের নার্সের কাছে MAF জমা দিন)	☐	☐
☐ 1:1 নার্স	☐	☐
☐ স্কুলের নার্স		
পরিবহন	☐	☐
☐ 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 এক্সেপশন রিকোয়েস্ট-টি 504TransportationRequest@schools.nyc.gov ঠিকানায় পাঠান)		
অন্যান্য পরিষেবা	☐	☐
☐ অ্যাসিসটিভ টেকনোলজি (সহায়ক প্রযুক্তি)	☐	☐
☐ সেফটি নেট বা বিশেষ সুরক্ষা ব্যবস্থা (শুধু হাই স্কুলের জন্য)	☐	☐
☐ অন্যান্য: (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন) _____		

স্কুল চলাকালে যখন কোনও শিক্ষার্থীর ঔষধ সেবন আবশ্যক হয় এবং সেটা সে নিজে সেবন করতে সক্ষম নয়, তখন সাধারণত স্কুলের নার্স তাকে সেই ওষুধটি 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 অভ স্কুল হেলথ (OSH) পরিষেবা প্রদানকারী দ্বারা আলাদা আলাদাভাবে পর্যালোচনা করা হবে। কোনো শিক্ষার্থীর একটি সুনির্দিষ্ট বিশেষ সুবিধা প্রয়োজন আবশ্যক 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 অভ 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 রিহ্যাবিলিটেশন অ্যাক্ট 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 বিবৃতি 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 আবশ্যক। পিতামাতাগণের অবশ্যই এই ফর্ম-এর পিছনের পৃষ্ঠাটি পূরণ করতে হবে)।**

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম _____ দিনের ফোন নম্বর _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

Attach student photo here

সিজার বা খিঁচুনিতে ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | **2026-2027** শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type: (check all that apply)

☐ Localization related (focal) epilepsy ☐ Primary generalized ☐ Secondary generalized ☐ Childhood/juvenile absence

☐ Myoclonic ☐ Infantile spasms ☐ Non-convulsive seizures ☐ Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Presentation/Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

H/O Status Epilepticus? ☐ No ☐ Yes Has student had surgery for epilepsy? ☐ No ☐ Yes – Date: _____ Well Controlled? ☐ No ☐ Yes

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/ Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
☐ diazepam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	
☐ midazolam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	

B. In-School/Routine Medications

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer

☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer

☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) ☐ No ☐ Yes , If YES, describe magnet use:

☐ Swipe magnet ☐ immediately ☐ within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times; Give emergency medication after _____ min and call 911.

Activities:

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? ☐ No ☐ Yes

Gym/physical activity participation restrictions? ☐ No ☐ Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

☐ **Other:** _____

☐ **504 Accommodations requested** (e.g., supervision for swimming)? ☐ Yes (attach form) ☐ No

Home Medication(s) ☐ None	Dosage, Route, Directions	Side Effects / Specific Instructions

Other special instructions:

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে

সংশোধিত 2/26

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

সিজার বা খিঁচুনিতে ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | **2026-2027** শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
2. **আমি বুঝেছি যে:**
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
   - **আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে।** যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না অথবা স্কুল ট্রিপে যাবে, তখন আমি তার ব্যবহারের জন্য অন্য একটি ওষুধের ব্যবস্থা করবো ।
     - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোসেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
   - আমার সন্তানের ঔষধে বা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - **কোনও শিক্ষার্থী নেশাকর নিষিদ্ধ দ্রব্য (কন্ট্রোল সাবস্টেন্স) নিজে বহন করতে অথবা সেবন করতে পারবে না।**
   - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
   - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী ঔষধ প্রদান পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।
   - আমি বুঝি যে নিউ ইয়র্ক স্টেটের প্রবিধান অনুযায়ী খিঁচুনি বা সিজার জনিত জরুরী পরিস্থিতিতে ঔষধ প্রদান, এতে অন্তর্ভুক্ত নাকের মধ্য দিয়ে প্রদান, শুধুমাত্র একজন নার্স অথবা অন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত চিকিৎসা প্রদানকারী দ্বারা পরিচালিত হতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম পাঠিয়ে দেন।

জরুরি-প্রয়োজন-নয় এমন ঔষধ নিজে সেবনের ক্ষেত্রে (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা, তা স্কুল নার্স অথবা পরিষেবা প্রদানকারী SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: ____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

স্কুলের নাম/নম্বর: _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: _____ বাড়ি: _____ সেল ফোন: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি

নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নম্বর: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ **Received by** – Name: _____ Date: _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ **Reviewed by** – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____ **Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison**: _____

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

অফিস অভ
স্কুল হেলথ্

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

iLet ইনসুলিন পাম্প অর্ডারসমূহ | শিক্ষা বছর 2026-27

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	লিঙ্গ ☐ M ☐ F	OSIS #
স্কুলের ATSDBN / নাম	ঠিকানা	বরো	ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড / ক্লাস

These orders must be submitted with Pages 1 and 2 of the SY 26-27 DMAF. The iLet pump does not deliver correction dose boluses or use carb ratios. If you would like the school nurse to use the iLet pump, you must provide carbohydrate ranges for "less", "usual", and "more" carbohydrates ***or*** select one option the nurse should use for each meal.

GLUCOSE TARGET

Usual (120 mg/dl) **or** ☐ Lower (110 mg/dl) ☐ Higher (130 mg/dl)

MEAL ANNOUNCEMENTS

☐ **Use selected meal size** regardless of how many carbs the student is eating

	Meal Size		
Meal Type	**Less***	**Usual**	**More**
Breakfast	☐	☐	☐
Lunch	☐	☐	☐

OR

☐ **Select meal size based on carbohydrate content** in meal. You may use large ranges, e.g., 15-100 g carbs

	Meal Size Carbohydrate Range (g)		
Meal Type	**Less***	**Usual**	**More**
Breakfast	-	-	-
Lunch	-	-	-

** If the "Less" option is not available, do not announce the meal/snack*

Announce all snacks as (PICK ONE):

☐ "Less" lunch
☐ "Less" breakfast
☐ Closest meal in time
☐ Closest meal based on usual carb content (must give range of carbs above)
☐ Other: _____
☐ Do not announce snacks

General iLet Insulin Pump Orders

Do not announce meals/snacks with carbohydrate content under 15 g or _____ g carbs.
Do not announce meals/snacks more than 15 min or ____ min prior to eating.
Do not announce meals/snacks if it has been more than 30 min or ____ min since the student started eating.
☐ **ONLY IF CARBOHYDRATE RANGES GIVEN ABOVE:** If the student eats more carbohydrates after a meal announcement, announce again for the additional carbs. Only consider the amount of additional carbs when choosing the additional meal size; do not include carbs that were already announced.

ACTIVITY PARAMETERS

☐ Pause pump 60 min or ____ min before starting activity and restart immediately or ____ min after activity
☐ If lunch is immediately before activity, do not pause pump until activity starts
☐ **After** pausing pump for activity, give ___ g of uncovered carbs pre-activity if bG < ____ mg/dl
☐ Do not pause pump or give uncovered carbohydrates prior to activity

PUMP FAILURE ORDERS

In the event of iLet pump failure, contact parent/endocrinologist/provider for dosing instructions or use the following ratios to deliver insulin via syringe/pen.

Target bG = ___ mg/dl
ISF 1: ___ mg/dl
I:C 1: ___ g

Other Orders

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	First name	**Signature**	**Date**
Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA			

Address Street	City/State	ZIP	**Email**
NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

NYC Health Department | Public Schools

ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

সাধারণ DMAF সংযোজন | 2026-26 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে সকল DMAF 347-396-8932/8945 নম্বরে ফ্যাক্স করুন অথবা OSHDMAF@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্মতারিখ	লিঙ্গ ☐ M ☐ F	OSIS #
স্কুলের ATSDBN / নাম	ঠিকানা	বরো	ডিস্ট্রিক্ট	গ্রেড / ক্লাস

This is an optional form for small changes to a diabetes regimen during the school year. Please see 'Provider Guidelines for DMAF Completion' for more details.

Change Student Skill Level:

Glucose Monitoring:	**Insulin Dosing & Administration:**		
☐ Nurse-Dependent ☐ Supervised ☐ Independent	☐ Nurse-Dependent ☐ Supervised ☐ Independent*	_____ (Provider Initials)	*** I attest that the independent student** demonstrated ability to self-carry & self-administer the prescribed medication (excluding glucagon) effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Change Blood Glucose (bG)/Sensor Glucose (sG) Monitoring Times:
☐ PRN ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack ☐ Gym ☐ Dismissal
☐ Discontinue all bG/sG monitoring at school, including PRN instructions

Change CGM Brand/Model: Name: _____ ☐ Use attached CGM grid
**If starting a CGM for the first time, please submit an updated DMAF.*

Change Insulin Dosing:
☐ Discontinue all rapid-acting insulin in school, including instructions to give correction doses PRN or in the setting of ketosis

Change target blood glucose to:

___ mg/dl from ____ AM/PM to ____ AM/PM

___ mg/dl from ____ AM/PM to ____ AM/PM

Change insulin sensitivity factor (ISF) to:

1: ___ mg/dl from ____ AM/PM to ____ AM/PM

1: ___ mg/dl from ____ AM/PM to ____ AM/PM

Change insulin to carbohydrate ratio (I:C) to:

1: ___ g from ___ AM/PM until ____ AM/PM or at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

1: ___ g from ___ AM/PM until ____ AM/PM or at ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Snack

Change long-acting insulin at school: Name: _____ Dose: ___ units Time: _____ ***OR*** pre-lunch

Other Orders

By signing this form, I certify that I have discussed these orders with the parent(s)/guardian(s).

Health Care Provider Last Name (PLEASE PRINT)	First name	**Signature**	**Date**
Credentials: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA			

Address Street	City/State	ZIP	**Email**
NYS License # or NPI # (Required)	Tel	Fax	CDC & AAP recommend annual seasonal influenza vaccination for all children diagnosed with diabetes.

NYC Public Schools

SCHOOLS.NYC.GOV/KINDERGARTENSPECIALEDUCATION
ডিভিশন অভ ইনক্লুসিভ অ্যান্ড অ্যাক্সেসিবল লার্নিং
333 7th Avenue, New York, NY 10001

T-40439 (Bangla)