

### ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টের প্রতি আপনার আগ্রহের জন্য ধন্যবাদ!

আমাদের অসাধারণ পিতা-মাতা ও শিক্ষার্থীদের কমিউনিটিতে আপনার পরিবার যোগ দেয়ায় আমরা আনন্দিত। আপনাকে ডিস্ট্রিক্টে স্বাগতম জানানোর পাশাপাশি আমরা আপনার সাথে কিছু গুরুত্বপূর্ণতথ্য শেয়ার করতে চাই।

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট (DPSCD) হলো মিশিগানের সর্ববৃহৎ পাবলিক শিক্ষা পদ্ধতি যা ডিস্ট্রিক্ট (জেলা) ব্যাপী ১০০ টির বেশি স্কুলে ভর্তির সুযোগ দিচ্ছে। অধিকতর শক্তিশালী ডেট্রয়েট গড়ে তুলতে আমাদের মিশন হলো প্রতিটি কমিউনিটির প্রতিটি শিক্ষার্থীকে প্রতিদিন শিক্ষা প্রদান করা ও ক্ষমতায়ন করা। DPSCD-তে আমরা নির্দেশনা প্রদানের পাশাপাশি আমাদের শিক্ষার্থীদের সুরক্ষা এবং মানসিক ও শারীরিক স্বাস্থ্যের উচ্চ মান বজায় রাখার চেষ্টা করি। ডিস্ট্রিক্টের(জেলা) পরিবারের অংশ হিসেবে, আপনার শিক্ষার্থী অসাধারণ কিছু সংস্থান এবং সুযোগ-সুবিধার প্রবেশাধিকার পাবে:

- কিন্ডারগার্টেন থেকে গ্রেড ১২ পর্যন্ত সবার জন্য সাধারণ মূলনীতির সাথে সামঞ্জস্য রেখে আপডেটকৃত উচ্চ-মানের পাঠ্যক্রম।
- সব গ্রেড স্তরে সনদপ্রাপ্ত বিশিষ্ট শিক্ষকগণ।
- প্রতিটি স্কুলে চারুকলা এবং শারীরিক শিক্ষার ব্যবস্থা।
- স্থানীয় কলেজ ও বিশ্ববিদ্যালয়গুলোতে কর্মজীবন পথের কর্মসূচী এবং দ্বৈত তালিকাভুক্তির সুবিধা সব হাই স্কুলে দেওয়া হয়।
- প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের জন্য ব্যতিক্রমী ছাত্র শিক্ষা কর্মসূচি এবং পরিষেবাগুলি
- শিক্ষার্থী ও পরিবারগুলোর জন্য দ্বিভাষিক পরিষেবা।
- ডিস্ট্রিক্টের সকল শিক্ষার্থীকে বিনামূল্যে সহায়তা প্রদানের জন্য হোমওয়ার্ক হটলাইন।
- শিক্ষার্থীদের ও পরিবারগুলোর জন্য অনলাইন পরামর্শ সুবিধা দিতে মানসিক স্বাস্থ্য সহায়তা লাইন।
- ডিস্ট্রিক্টের এবং ডিস্ট্রিক্টের বাইরের পিতা-মাতা এবং অভিভাবকদের বিনামূল্যে ক্লাস, প্রশিক্ষণ এবং কর্মশালা প্রদানের জন্য প্যারেন্ট একাডেমি।

এই প্যাকেটে আপনি প্রয়োজনীয় তালিকাভুক্তি ফরমের সাথে তালিকাভুক্তি প্রক্রিয়া সংক্রান্ত নির্দেশনাবলী পাবেন। অনুগ্রহ করে প্রত্যেক শিক্ষার্থীর জন্য একটি প্যাকেট সম্পূর্ণ করুন। সবগুলো ফরম পূরণ করতে হবে এবং নির্দেশিত স্থানে স্বাক্ষর করতে হবে। সব কাগজপত্র এবং নির্দেশনাবলী সতর্কতার সাথে পর্যালোচনা করুন!

আমরা আপনার শিক্ষার্থী ও পরিবারকে DPSCD কমিউনিটিতে স্বাগত জানানোর প্রতীক্ষায় রয়েছি!

DPSCD তালিকাভুক্তির অফিস

**যখন শিক্ষার্থীদের উন্নতি হয়, আমাদের সবার উন্নতি হয়।**

প্রশ্ন রয়েছে? অনুগ্রহ করে আরো তথ্যের জন্য  
আপনার স্কুলের সাথে যোগাযোগ করুন অথবা ৩১৩.২৪০.৪৩৭৭ নম্বরে কল করুন।



স্কুল: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

## প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টসমূহ

সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত তালিকাভুক্তি ফরমের সাথে নিম্নলিখিত ডকুমেন্টসমূহ আবশ্যিক। এগুলো সন্তানের স্কুলের প্রথম দিনের আগে সরবরাহ করা উত্তম তবে প্রথম দিন থেকে ৩০ দিনের মধ্যে অবশ্যই জমা দিতে হবে।

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> মা-বাব/অভিভাবকের ছবিসহ আইডি                                  | <input type="checkbox"/> দুই ধরনের ঠিকানার প্রমাণ, যেমন: |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর জন্মসনদ বা জন্মের রেকর্ড শিক্ষার্থীর টিকা        | ড্রাইভার লাইসেন্স, ডেট্রয়েট আইডি, W-2, সরকারি           |
| <input type="checkbox"/> কার্ড বা অব্যাহতি প্রাপ্ত শিক্ষার্থীর সর্বশেষ ট্রান্সক্রিপ্ট | সহায়তার কাগজপত্র, বেতন স্ট্যাম্প, প্রাতিষ্ঠানিক         |
| <input type="checkbox"/> বা রিপোর্ট কার্ড   | সরকারী চিঠি, ইউটিলিটি বিল, ইত্যাদি।                      |

\*কিছু পরিবার ডকুমেন্টসমূহ পেতে সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারে।

## শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রথমাংশ:	নামের মাঝের অংশ:	নামের শেষাংশ:	Suffix/অনুসর্গ (জুনিয়র, III, ইত্যাদি)
জন্ম তারিখ: / /	পছন্দসই লিঙ্গ:	<input type="checkbox"/> নারী	<input type="checkbox"/> পুরুষ
শিক্ষার্থীর ফোন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): ( )	শিক্ষার্থীর ইমেইল (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):		
<b>শিক্ষার্থীর বসবাসের ঠিকানা:</b>			
সড়ক:			অ্যাপার্টমেন্ট #.
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:	
<b>যোগাযোগের ঠিকানা (বসবাসের ঠিকানার থেকে আলাদা হলে)</b>			
সড়ক:			অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:	
প্রবেশের গ্রেড:	স্কুল বর্ষ:	শিক্ষার্থী কি জন্মজন্মের সদস্য? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
শিক্ষার্থী কি যুক্তরাষ্ট্রে জন্মগ্রহণ করেছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না: কখন ছাত্রটি প্রথম যুক্তরাষ্ট্রে একটি স্কুলে ভর্তি হয়েছিল? _____ (মাস/দিন/বছর)			
শিক্ষার্থী কি ব্যতিক্রমী শিক্ষা কর্মসূচি (বিশেষ শিক্ষা)তে অংশগ্রহণ করে? প্রযোজ্যটি নির্বাচন করুন			
<input type="checkbox"/> না		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। শিক্ষার্থীর স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনা (IEP) আছে	
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। শিক্ষার্থীর 504 প্ল্যান রয়েছে		<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। অন্যান্য	
আপনি যদি উপরের যেকোনো একটিতে "হ্যাঁ" উত্তর দেন তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার তালিকাভুক্তি প্যাকেটের সাথে বিশেষ শিক্ষা ডকুমেন্ট(গুলোর) একটি কপি সরবরাহ করুন।			
শিক্ষার্থী বা তার পরিবার কি গত তিন বছরে কৃষি বা মাছ ধরার অস্থায়ী বা মৌসুমী কর্মসংস্থানের সন্ধানে গিয়েছে?			
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ		<input type="checkbox"/> না	

## শিক্ষার্থীর ভাষা

শিক্ষার্থীর মাতৃভাষা?  ইংরেজি  অন্যান্য

বাড়িতে কি ইংরেজি ব্যতীত অন্য ভাষা বলা হয়?  না  হ্যাঁ: যে ভাষা বলা হয়

শিক্ষার্থী কি কখনো দোভাষী, ইংরেজি ভাষা শিক্ষা, বা নবাগত কর্মসূচিতে ভর্তি হয়েছে?  হ্যাঁ  না

## শিক্ষার্থীর বাসস্থান

আমাদের ডিস্ট্রিক্টের ফেডারেল আইন মেনে চলা নিশ্চিত করার জন্য শিক্ষার্থীদের নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলো করা হয়। আপনার উত্তর স্কুল কর্মীদের শিক্ষার্থী নির্দিষ্ট সহায়তা সেবার জন্য যোগ্য কিনা তা নির্ধারণ করতে সাহায্য করবে।

শিক্ষার্থী কি তার জন্মদাতা মা-বাবার সাথে বাস করে?

হ্যাঁ  না

শিক্ষার্থী কি নিম্নলিখিত কোনো ধরনের বাসস্থানে বাস করে?

- আশ্রয়
- সাময়িক বাসস্থান
- ডাবলিং/পরিবার, বন্ধু বা অন্যান্যদের সাথে বাসস্থান শেয়ার হোটেল
- বা মোটেল
- আশ্রয়হীন (যেমন: ক্যাম্পগ্রাউন্ড, গাড়িতে, পার্ক, পরিত্যক্ত বিল্ডিং, নিম্নমানের হাউজিং, বাস বা ট্রেন স্টেশন, ইত্যাদি)

আপনি যদি প্রথম প্রশ্নের "না" উত্তর দেন বা উপরে তালিকাভুক্ত কোনো বাসস্থানে টিক দিয়ে থাকেন তাহলে অনুগ্রহ করে [bit.ly/External-DPSCD](https://bit.ly/External-DPSCD) ঠিকানায় McKinney Vento স্টুডেন্ট রেফারেল ফর্মটি পূরণ করুন।



## শিক্ষার্থীর জাতিসত্তা

প্রযোজ্য সবগুলো নির্বাচন করুন

আপনি কোনো উত্তর চয়ন না করলে, যুক্তরাষ্ট্র শিক্ষা অধিদপ্তরের জন্য ডিস্ট্রিক্টকে আপনার পক্ষ থেকে উত্তর শিক্ষার্থী কি ল্যাটিনো/ল্যাটিনা/ল্যাটিনেঞ্জ?  হ্যাঁ  না শিক্ষার্থীর গোত্র (প্রযোজ্য সবগুলো নির্বাচন করুন):

- আমেরিকান ভারতীয় অথবা আলাস্কার
- আদিবাসী
- কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান অ্যামেরিকান
- শ্বেতাঙ্গ (একটি নির্বাচন করুন)
  - ইউরোপীয়
  - মধ্য প্রাচ্য
  - উত্তর আফ্রিকান
- নেটিভ হাওয়াইয়ান/অন্যান্য প্যাসিফিক

## পূর্ববর্তী স্কুলের তথ্য

যে স্কুলে শিক্ষার্থী সর্বশেষ অংশগ্রহণ করেছে

নাম: \_\_\_\_\_

শহর/সেট: \_\_\_\_\_

## মা-বাবা / অভিভাবকের তথ্য

### মা-বাবা/ অভিভাবক ১

নামের প্রথম ও শেষ অংশ:

শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:

মোবাইল ফোন: ( )

বাড়ির ফোন: ( )

কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): ( )

ইমেইল:

শিক্ষার্থীর বসবাসের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা?  হ্যাঁ  না, ঠিকানা দিন:

সড়ক:

অ্যাপার্টমেন্ট #:

শহর:

রাষ্ট্র:

জিপ কোড:

মা-বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় স্কুল থেকে যোগাযোগ প্রয়োজন?

না  হ্যাঁ, কোন ভাষা? লিখিত \_\_\_\_\_ মৌখিক \_\_\_\_\_

মা-বাবা/আইনী অভিভাবক কি বর্তমানে সেনাবাহিনী, নৌবাহিনী, বিমান বাহিনী, মেরিন বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কর্মরত আছেন? এর মধ্যে মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড অথবা রিজার্ভ পার্সোনেল অন্তর্ভুক্ত।  হ্যাঁ  না

**মা-বাবা/ অভিভাবক ২**

নামের প্রথম ও শেষ অংশ:		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	
মোবাইল ফোন: ( )		বাড়ির ফোন: ( )	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): ( )		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর বসবাসের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
সড়ক:			অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:	
মা-বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় স্কুল থেকে যোগাযোগ প্রয়োজন?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন ভাষা?      লিখিত      মৌখিক			
মা-বাবা/আইনী অভিভাবক কি বর্তমানে সেনাবাহিনী, নৌবাহিনী, বিমান বাহিনী, মেরিন বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কর্মরত আছেন? এর মধ্যে মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড অথবা রিজার্ভ পার্সোনেল অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

**মা-বাবা/ অভিভাবক ৩**

নামের প্রথম ও শেষ অংশ:		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	
মোবাইল ফোন: ( )		বাড়ির ফোন: ( )	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): ( )		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর বসবাসের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
সড়ক:			অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:	
মা-বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় স্কুল থেকে যোগাযোগ প্রয়োজন?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন ভাষা?      লিখিত      মৌখিক			
মা-বাবা/আইনী অভিভাবক কি বর্তমানে সেনাবাহিনী, নৌবাহিনী, বিমান বাহিনী, মেরিন বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কর্মরত আছেন? এর মধ্যে মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড অথবা রিজার্ভ পার্সোনেল অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

**মা-বাবা/ অভিভাবক ৪**

নামের প্রথম ও শেষ অংশ:		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	
মোবাইল ফোন: ( )		বাড়ির ফোন: ( )	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): ( )		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর বসবাসের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
সড়ক:			অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:	
মা-বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় স্কুল থেকে যোগাযোগ প্রয়োজন?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন ভাষা?      লিখিত      মৌখিক			
মা-বাবা/আইনী অভিভাবক কি বর্তমানে সেনাবাহিনী, নৌবাহিনী, বিমান বাহিনী, মেরিন বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কর্মরত আছেন? এর মধ্যে মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড অথবা রিজার্ভ পার্সোনেল অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

## সহোদর ভাইবোন DPSCD স্কুলে যায়

নামের প্রথম ও শেষ অংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যোগ দিচ্ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষ অংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যোগ দিচ্ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষ অংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যোগ দিচ্ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষ অংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যোগ দিচ্ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষ অংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যোগ দিচ্ছে:	গ্রেড:	

## গণ যোগাযোগ

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট ফোন কল, ইমেইল বা টেক্সট বার্তাসহ গণযোগাযোগ সরঞ্জাম ব্যবহার করে পরিবারগুলোকে স্কুল বন্ধ, গুরুত্বপূর্ণ সংবাদ এবং ঘটনা সম্পর্কে অবহিত করে।

## স্বীকারোক্তি ও স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই তালিকাভুক্তি ফর্মে প্রদত্ত তথ্য সত্য এবং সঠিক। প্রয়োজনে, আমি ডিস্ট্রিক্ট কর্তৃক যাচাই করার জন্য সাক্ষাৎকারের অনুমতি দেব। আমি অবগত আছি যে ভুল তথ্য তালিকাভুক্তি প্রত্যাহারের ভিত্তি হতে পারে। আমি অবগত আছি যে এই ফর্মের কোনো তথ্য পরিবর্তন হলে উপযুক্ত স্কুল অফিসকে অবহিত করা আমার দায়িত্ব।

এই তালিকাভুক্তি ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি এবং সম্মতি দিচ্ছি যে যদি বাসস্থান নির্ধারণের জন্য ব্যবহৃত কোনো বিবৃতি এবং তথ্য সঠিক না হয় তাহলে আমি ব্যক্তিগতভাবে ডিস্ট্রিক্টের টিউশন এবং আমার শিক্ষার্থী অনাবাসিক থাকাকালীন সময়ের জন্য টিউশন সংগ্রহের জন্য যেকোনো ফি প্রদান করতে দায়বদ্ধ থাকব।

মা-বাবা অথবা অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্পষ্টাক্ষরে নাম

তারিখ



DPSCD নিয়োগ ও ভর্তিসহ এর শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমের ক্ষেত্রে গোত্র, বর্ণ, জাতিগত পরিচয়, লিঙ্গ, যৌন অভিমুখিতা, লিঙ্গের পরিচয়, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, পূর্বপুরুষ, জেনেটিক তথ্য অথবা আইনগতভাবে সুরক্ষিত অন্য কোনো শ্রেণিভাগের ভিত্তিতে কোনরূপ বৈষম্য করে না। কোনো প্রশ্ন আছে? কোনো উদ্বেগ? নাগরিক অধিকার সমন্বয়কের সাথে যোগাযোগ করুন (313) 240-4377 নম্বরে অথবা [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) অথবা 011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায়।



স্কুল: \_\_\_\_\_ স্কুল বর্ষ: \_\_\_\_\_

### শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ	/	/	
গ্রেড:	হোমরুম শিক্ষক:	হোমরুম শ্রেণিকক্ষের নম্বর:			
বাড়ির ঠিকানা স্ট্রিট:	সিটি:	জিপি:			
শিক্ষার্থীর সেল ফোন নম্বর: ( )	শিক্ষার্থীর ইমেইল:				
শিক্ষার্থী কার সঙ্গে বসবাস করে? প্রযোজ্য সবগুলো চিহ্নিত করুন:					
<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> অভিভাবক	<input type="checkbox"/> পিতামাতামহ	<input type="checkbox"/> অন্য আত্মীয়	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____

### জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের তথ্য

#### প্রাথমিক যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:	
		( )	( )	
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:		
	( )			
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

#### পরবর্তী স্তরের যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:	
		( )	( )	
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:		
	( )			
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

#### আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:	
		( )	( )	
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:		
	( )			
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____	

## জরুরি যোগাযোগের তথ্য - অব্যাহত

### আরও যোগাযোগ

নামের প্রমাণ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____

## শিক্ষার্থীর বাড়িতে থাকা সহোদর

### শিক্ষার্থীর বাড়ির সকল সহোদরের তালিকা দিন (স্কুলে যায় না এমন বয়সের শিশুদেরকে অন্তর্ভুক্ত করুন)

নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /

## চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে / হাসপাতালের সঙ্গে যোগাযোগের সম্মতি

### অংশ 1 - সম্মতি প্রদানে স্বীকৃতি

শুধু নিচের অংশ 1 অথবা অংশ 2 অবশ্যই পূরণ করে স্বাক্ষর করতে হবে।

ডাক্তারের নাম:	ফোন: ( )	ঠিকানা:
ডেন্টিস্টের নাম:	ফোন: ( )	ঠিকানা:
মেডিকেল বিশেষজ্ঞ (ঐচ্ছিক):	ফোন: ( )	ঠিকানা:
স্থানীয় হাসপাতাল:	জরুরি কক্ষের ফোন: ( )	ঠিকানা:

**জরুরি মেডিকেল অনুমোদন** আমি এই মর্মে একজন ফিজিশিয়ান, লাইসেন্সধারী নার্স, অথবা স্কুল প্রশাসন কর্তৃক নিয়োগকৃত অন্য স্কুল কর্মীকে আমার সন্তানের জীবন বা স্বাস্থ্যের জন্য হুমকিস্বরূপ কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে, যেমন ক্রীডায় অংশগ্রহণের ফলে সৃষ্ট পরিস্থিতিতে মেডিকেল চিকিৎসা প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি অনুধাবন করি যে স্কুল কর্মী এবং মেডিকেল কর্মীরা সদিচ্ছা নিয়ে, প্রয়োজ্য আইন মেনে এবং আমার সন্তানের সর্বোত্তম স্বার্থ বিবেচনায় নিয়ে কাজ করবেন। DPSCD কর্মীরাও প্রয়োজ্য নীতিমালা মেনে চলবেন। এই সম্মতি প্রদানের মাধ্যমে, আইন অনুযায়ী অনুমোদিত সীমার মধ্যে, আমি এর গুরুত্ব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অবগত থেকে স্বৈচ্ছাপ্রণোদিত হয়ে, DPSCD, বোর্ড অব এডুকেশন এবং এর কর্মী, কন্সট্রাক্টর, এজেন্ট, এবং স্বৈচ্ছাসেবীদের প্রদানকৃত মেডিকেল চিকিৎসা থেকে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে উদ্ভূত দায়বদ্ধতা থেকে মুক্তি দিচ্ছি এবং ক্ষতির কারণ হিসেবে দায়ী করব না। এছাড়াও আমি একজন ফিজিশিয়ান, লাইসেন্সধারী নার্স অথবা স্কুল প্রশাসন কর্তৃক নিয়োগকৃত অন্য স্কুল কর্মীকে কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে আমার সন্তানকে চিকিৎসার জন্য নিকটস্থ হাসপাতালে নিয়ে যাওয়ার ব্যাপারে অনুমতি দিচ্ছি। আমি এতদ্বারা আমার সন্তানকে প্রদানকৃত যেকোনো মেডিকেল চিকিৎসা ও পরিবহণের জন্য ব্যয় বহন করার দায়িত্ব গ্রহণ করছি, যার মধ্যে এরূপ খরচের জন্য DPSCD-কে ক্ষতিপূরণ প্রদান করাও অন্তর্ভুক্ত।

পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

দ্রষ্টব্য: উপর্যুক্ত তথ্য প্রয়োজন অনুযায়ী যথাযথ কর্মীর সঙ্গে শেয়ার করা হবে। এদের অন্যান্য অনেকের মধ্যে রয়েছেন প্রশাসকগণ, শিক্ষকগণ, সহায়তা কর্মী, বাস চালকগণ, খাবার ডেলিভারি কর্মী, কাস্টোডিয়ান, কোচ এবং সাবস্টিটিউট কর্মীগণ। অনুগ্রহ করে যেকোনো উদ্বেগ সম্পর্কে স্কুল নার্সকে অবহিত করুন।

### অংশ 2 - সম্মতি প্রদানে অস্বীকৃতি

আপনি অংশ 1 পূরণ করে থাকলে অংশ 2 পূরণ করবেন না।

আমি আমার সন্তানকে জরুরি মেডিকেল চিকিৎসা প্রদানের বিষয়ে সম্মতি দিচ্ছি না। জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজন হয় এমন অসুস্থতা বা আঘাতের ক্ষেত্রে আমি চাই স্কুল/ডিস্ট্রিক্ট কর্তৃপক্ষ নিম্নলিখিত পদক্ষেপগুলো গ্রহণ করুক:

পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_





**প্রিয় মা-বাবা/অভিভাবক:** এই ফর্মের তথ্য স্কুলে আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণের জন্য ব্যবহার করা হবে। অনুগ্রহ করে ফর্মটির সকল বিভাগ পূরণ করুন এবং স্বাক্ষর করে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব আপনার সন্তানের শিক্ষকের কাছে এটি ফিরিয়ে দিন। প্রত্যেক শিক্ষার্থীকে অবশ্যই প্রতি বছর একটি নতুন ফর্ম পূরণ করতে হবে।

স্কুলের নাম:	গ্রেড:	আপনার সন্তান কি ডিস্ট্রিক্টে নতুন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মাঝের অংশ:	Suffix/অনুসর্গ (জুনিয়র, III, ইত্যাদি)
জন্ম তারিখ: / /			
মা-বাবা/অভিভাবকের নাম:		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	
বাড়ির বা সেল নাম্বার: ( )		কর্মস্থলের ফোন: ( )	
আপনার সন্তানের কী ধরনের স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> আমার সন্তানের বর্তমানে <input type="checkbox"/> বেসরকারি স্বাস্থ্য বীমা নেই <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই		যদি আপনার সন্তানের Medicaid থাকে, তবে অনুগ্রহ করে প্ল্যানের নামটি চিহ্নিত করুন: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> টোটাল হেলথ <input type="checkbox"/> কেয়ার ব্লু ক্রস কমপ্লিট <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> অন্যান্য	
আপনার সন্তানের কী ধরনের স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে? <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield Delta <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> কোন হেলদি কিডস প্ল্যান তা নিশ্চিত নই		হেলদি কিডস (অনুগ্রহ করে কোন প্ল্যান সেটি নির্বাচন করুন) <input type="checkbox"/> বেসরকারি <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই	

আপনার সন্তানের কি নিম্নলিখিত কোনো স্বাস্থ্যগত অবস্থা আছে?								
স্বাস্থ্যগত অবস্থা	হ্যাঁ	না	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	হ্যাঁ	না	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	হ্যাঁ	না
<p>গুরুতর অ্যালার্জি (খাবার, পোকামাকড়, ওষুধ, লেটেক্স)</p> <p>যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে বলুন যে আপনার সন্তানের কীসে অ্যালার্জি রয়েছে (নির্দিষ্ট খাবার, পোকামাকড়, গর্লবর্টক্স ইত্যাদি)</p> <p>যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে করণ গরম পরিত্যাগ করুন। ঘরটিকে গরমসিঁড়ি টিক দিন:</p> <input type="checkbox"/> আমবাত ফুলে <input type="checkbox"/> যাওয়া <input type="checkbox"/> শ্বাস কষ্ট <input type="checkbox"/> অন্যান্য			অ্যালার্জি (মৌসুমী)			হৃদরোগ		
			দুশ্চিন্তা			সীসা বিষক্রিয়া		
			অ্যাজমা বা শ্বাসজনিত সমস্যা			গর্ভবতী		
			মনোযোগে ঘাটতি			খিঁচুনি		
			হাইপারঅ্যাকটিভিটি ডিসঅর্ডার			সিকল সেল রোগ		
			আচরণগত সমস্যা			কথা বলার সমস্যা		
			মূত্রাশয় বা অন্ত্রের সমস্যা			চোখের সমস্যা		
			দাঁতের সমস্যা			চশমা পরে		
			বিষমতা			অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন:		
			ডায়াবেটিস					
			মাথায় আঘাত বা গুরুতর ধাক্কা					
			শ্রবণে সমস্যা					



## ওষুধ এবং/অথবা বিশেষ পদ্ধতি\*

আপনার সন্তানের কি প্রতিদিন স্কুলে ওষুধ সেবনের আবশ্যিকতা আছে?

হ্যাঁ\*  না

আপনার সন্তানের জন্য কি কোনো জরুরি ওষুধ স্কুলে রাখা আবশ্যিক?

হ্যাঁ\*  না

আপনার সন্তানের কি স্কুলে কোন বিশেষ পদ্ধতি সম্পাদন করা আবশ্যিক? (জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়ানো, ক্যাথেটেরাইজেশন,

ইত্যাদি)  
\* যদি আপনি ওষুধ এবং বিশেষ পদ্ধতির অধীনে উপরের যেকোনো প্রশ্নের হ্যাঁ উত্তর দেন, তাহলে অনুগ্রহ করে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের জন্য অনুমোদন ফরম পূরণ করুন। প্রয়োজন হলে, অনুগ্রহ করে আপনার সেবাদানকারীকে নির্ধারিত ওষুধের ফর্মটি পূরণ করতে বলুন। উভয় ফর্ম [detroitk12.org/enrollnow](http://detroitk12.org/enrollnow)-এ উপলভ্য এবং প্রতি বছর নবায়ন করা আবশ্যিক।

## চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী

ডাক্তারের নাম:	ফোন: ( )	ঠিকানা:
সর্বশেষ ফিজিকালের / /	<input type="checkbox"/> নিশ্চিত	
দাঁতের ডাক্তারের নাম:	ফোন: ( )	ঠিকানা:
সর্বশেষ দাঁত পরীক্ষার / /	<input type="checkbox"/> নিশ্চিত	
চিকিৎসা বিশেষজ্ঞ (ঐচ্ছিক):	স্থানীয় হাসপাতাল:	
ফোন: ( )	জরুরি বিভাগের ফোন: ( )	
ঠিকানা:	ঠিকানা:	

## পরিবারের চাহিদা

গত ১২ মাসে, খাবারের জন্য পর্যাপ্ত টাকা না থাকার কারণে আপনি কি কখনো আপনার যতটুকু খাওয়া দরকার ছিল বলে মনে করেন তার থেকে কম খেয়েছেন?

হ্যাঁ  না

## স্বীকারোক্তি ও স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই তথ্য আমার জানামতে সঠিক এবং আমি অবগত আছি যে এই তথ্যের কোনো পরিবর্তন হলে স্কুলকে জানানো আমার দায়িত্ব। আমি এও অবগত আছি যে এই তথ্য আমার সন্তান স্কুলে থাকা অবস্থায় নিরাপদ ও সুরক্ষিত রাখার জন্য আমার সন্তানের স্কুলের জানা প্রয়োজন এমন কর্মীদেরকে জানানো হতে পারে।

মা-বাবা অথবা অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষরের নাম

তারিখ

## অফিস কর্মী

## কর্তৃক পূরণীয়

	তারিখ	স্টাফ পার্সন
ফরম গৃহীত হয়েছে		
শিক্ষার্থী তথ্য সিস্টেমে তথ্য প্রবেশ করানো হয়েছে		



DPSCD নিয়োগ ও ভর্তিসহ এর শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমের ক্ষেত্রে গোত্র, বর্ণ, জাতিগত পরিচয়, লিঙ্গ, যৌন অভিমুখীতা, লিঙ্গের পরিচয়, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, পূর্বপুরুষ, জেনেটিক তথ্য অথবা আইনগতভাবে সুরক্ষিত অন্য কোনো শ্রেণিবিভাগের ভিত্তিতে কোনরূপ বৈষম্য করে না। কোনো প্রশ্ন আছে? কোনো উদ্বেগ? নাগরিক অধিকার সমন্বয়কের সাথে যোগাযোগ করুন (313) 240-4377 নাম্বারে অথবা [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) অথবা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 এই ঠিকানা

### শিক্ষার্থীর তথ্য

শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মধ্যাংশ:	জন্ম তারিখ: / /
পিতামাতা/অভিভাবকের নামের প্রথমাংশ ও শেষাংশ:		বাড়ির ফোন নম্বর বা সেল নম্বর: ( )	

### তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি

তথ্য প্রকাশের সম্মতির এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলোতে সম্মতি দিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্কুলকে শিক্ষার্থীর নিম্নোক্ত তথ্যগুলো নিচের তালিকার ব্যক্তি/গ্রুপের কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি: সন্তানের পারিবারিক এবং জরুরি যোগাযোগের তথ্য, উপস্থিতি ও শৃঙ্খলামূলক রেকর্ড, টিকার ইতিহাস, শারীরিক পরীক্ষার ফলাফল যেমন শ্রুতি এবং দৃষ্টি, মানসিক মূল্যায়ন, বিশেষ শিক্ষার রেকর্ড, সেকশন 504 অনুযায়ী ব্যবস্থার প্ল্যান এবং রোগ সম্পর্কিত যে-কোন তথ্য, যেমন অ্যাজমা, ডায়াবেটিস বা খিচুনি।
  - আমার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী(বৃন্দ)
  - আমার সন্তানের স্বাস্থ্য বিমা পরিকল্পনা
  - মিশিগান ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস এবং ডেট্রয়েট হেলথ ডিপার্টমেন্ট (শুধুমাত্র টিকার রেকর্ড)
  - স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী - নিচে দেখুন
- আমি অনুধাবন করি যে এই তথ্য শেয়ার করলে ডিপিএসসিডি এ সকল ব্যক্তি/গ্রুপের প্রত্যেকের সঙ্গে কাজ করতে সমর্থ হবে যাতে সেবার সমন্বয় করা যায়, প্রয়োজনে বাইরে গিয়ে পরিষেবা দেওয়া যায়, এবং আমার সন্তানকে স্কুল সুস্থ এবং নিরাপদ রাখা যায়।
- আমি অনুধাবন করি যে, যে-কোন প্রকাশিত রেকর্ডের কপি পাওয়ার অধিকার আমার আছে। (আপনি কপি পেতে ইচ্ছুক হলে অনগ্রহ করে ইমেইল বা স্ট্রিটের ঠিকানা দিন, যেখানে এই রেকর্ডগুলো পাঠাতে হবে।)
- আমি অনুধাবন করি যে এ সকল ব্যক্তি ডিপিএসসিডি'র দেওয়া রেকর্ড ব্যবহার করে পরবর্তীকালেও আমার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে এবং/অথবা শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য সম্পর্কিত উদ্দেশ্যে তথ্য যাচাই করতে পারে।
- আমি অনুধাবন করি যে আমার এই অনুমোদন আমি স্বেচ্ছায় জ্ঞাপন করছি এবং আমার সন্তান স্কুল ডিস্ট্রিক্ট ত্যাগ করলে বা গ্র্যাজুয়েট হলে তা বাতিল হয়ে যাবে। **আমি অনুধাবন করি যে এই অনুমোদন যে কোন সময় স্কুলের প্রশাসন অফিসে নোট পাঠিয়ে বা লিখিত পত্রের মাধ্যমে আমি বাতিল করতে পারি।**

স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর মধ্যে নিম্নের যে কেউ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে:

- স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র (SBHC): অনেক রকম সাধারণ রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার সামর্থ্য যেমন গলা ব্যথা, মাথা ব্যথা, এবং কানের সংক্রমণ, এবং দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতার ব্যবস্থাপনা। SBHC আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষেবাও দিতে সমর্থ।
- দাঁতের যন্ত্রের পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে মুখের স্বাস্থ্য শিক্ষা, স্ক্রিনিং, ফ্লোরাইড ভার্নিশ অ্যাপ্লিকেশন, প্রতিরোধমূলক যত্ন এবং পরিষ্কারকরণ, রেস্টোরোটিভ/সংশোধনমূলক যত্ন।
- দৃষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে স্ক্রিনিং, পরীক্ষা, চিকিৎসা এবং/অথবা সংশোধন যেমন চশমা
- টিকাদান পরিষেবা
- আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষেবা

আপনার সন্তান যাতে এ সকল প্রভাইডারের কাছে থেকে পরিষেবা পায়, সেজন্য আপনাকে প্রতিটি প্রভাইডারের সঙ্গে আলাদা আলাদা তালিকাভুক্তির ফর্ম পূরণ করতে হবে।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম:	শিশুর সঙ্গে সম্পর্ক:	তারিখ: / /
-------------------------	----------------------	---------------

## পারিবারিক শিক্ষা অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA)

### FERPA বলতে কী বোঝায়?

পারিবারিক শিক্ষা অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA) হচ্ছে একটি ফেডারেল আইন যেটি শিক্ষার্থীর শিক্ষা রেকর্ড-এর গোপনীয়তার সুরক্ষা দেয়। সাধারণভাবে, শিক্ষার্থীর শিক্ষার রেকর্ড থেকে কোন তথ্য প্রকাশ করার জন্য স্কুলের কাছে পিতামাতার, বা শিক্ষার্থীর বয়স ১৮-র অধিক হলে, শিক্ষার্থীর অবশ্যই লিখিত অনুমোদন থাকতে হবে।

### কিসের জন্য অনুমতি?

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট আপনার সম্মতির অনুরোধ জানাচ্ছে, কারণ আমাদের শিক্ষার্থীর রেকর্ডের তথ্য আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান, স্কুল-ভিত্তিক কোন পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে অথবা আইন অনুযায়ী, মিশিগান এবং ডেট্রয়েট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথসহ বিভিন্ন সংস্থার সঙ্গে আমাদের শেয়ার করতে হতে পারে। স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীরা হচ্ছে চিকিৎসক(বৃন্দ) বা নার্স প্র্যাক্টিশনার(বৃন্দ) যারা আপনার সন্তানের যত্ন নেন, যেমনটা ডিস্ট্রিক্টের রেকর্ডে উল্লেখ করা আছে। হেলথ প্ল্যান হচ্ছে এমন একটি সংস্থা যেটি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবার বেনিফিটগুলো পরিচালনা করে, যেমন মেডিকএইড বা কোনো স্বাস্থ্য বিমা কোম্পানি।

### এই বিষয়টি কেন গুরুত্বপূর্ণ?

এই সম্মতির ফর্ম ডিস্ট্রিক্টকে শিক্ষার্থীর শিক্ষা রেকর্ড থেকে স্বাস্থ্য তথ্য, অনুরোধ করা হলে বা আইন অনুযায়ী প্রয়োজন হলে, এবং/অথবা বেনিফিটসহ স্বাস্থ্য সেবার সমন্বয়ে সহায়তার জন্য, শেয়ার করতে সমর্থ করে। আপনার সম্মতি ছাড়া, আপনাকে বা আপনার সন্তানকে সাহায্য করার জন্য ডিস্ট্রিক্ট আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান বা স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে সহযোগিতার পন্থার ক্ষেত্রে বেশ সীমিত হয়ে পড়ে।

### এই ফর্ম কী করতে পারে না

- এই ফর্ম শুধুমাত্র সীমিত কিছু উদ্দেশ্যে, আপনার সম্মতি সাপেক্ষে, ডিস্ট্রিক্টকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দেয়। ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করার লক্ষ্যে, আপনার কাছ থেকে অনুমতি গ্রহণের জন্য প্রতিটি ভিন্ন ভিন্ন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান, বা কোন স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নিজস্ব পদ্ধতি থাকতে পারে।
- আপনার এই স্বাক্ষর আপনার পক্ষ হয়ে আপনার সন্তানের চিকিৎসা লাভের জন্য ডিস্ট্রিক্টকে অনুমোদন দেয় না।

**পূর্ববর্তী পাতায় স্বাক্ষর করে ফেরত পাঠিয়ে স্বাস্থ্য পরিষেবার  
সঙ্গে আপনাকে এবং আপনার সন্তানকে সংযুক্ত করতে  
অনুগ্রহ করে আমাদের সাহায্য করুন।**



## অনুগ্রহ করে সকল তথ্য স্পষ্টাঙ্করে লিখুন

বরাবর: \_\_\_\_\_-এর পিতামাতা/অভিভাবক  
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

জনশিক্ষার বিকাশে বিভিন্ন কার্যক্রমে, স্কুল, শিক্ষার্থী বা ডিস্ট্রিক্টকে সবার কাছে তুলে ধরার জন্য, কখনও কখনও ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট অনুমোদিত অবাণিজ্যিক ভিডিও, ফটোগ্রাফিক এবং/অথবা অডিও প্রোডাকশনের ফ্রু স্কুলে বা আপনার সন্তান অংশগ্রহণ করছে এমন ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট অনুমোদিত কার্যক্রমে উপস্থিত থাকতে পারে। আপনি যদি এই সকল ভিডিও/ফটোগ্রাফিক/অডিও, প্রোডাকশনস/সাক্ষাৎকার/কার্যক্রমে আপনার সন্তানের অংশগ্রহণে সম্মতি দেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের অংশটুকু পাঠ করে স্বাক্ষর দিন।

আমি, \_\_\_\_\_, নামক শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবক।  
(পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

জনশিক্ষার স্বার্থে, আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে, এর বোর্ড অব এডুকেশনকে, এবং অবাণিজ্যিক প্রোডাকশন ফ্রুদেরকে, যারা তাদের অনুমোদিত কর্মচারী বা এজেন্টের মাধ্যমে কাজ করবে তাদেরকে, উপস্থিত শিক্ষার্থীর কথা এবং/অথবা চিত্র, এককভাবে বা অন্য ব্যক্তির সঙ্গে, শিক্ষার্থীর নাম প্রকাশ করে বা নাম না প্রকাশ করেই, জনশিক্ষার স্বার্থে ডিপিএসসিডি অনুমোদিত সংশ্লিষ্ট প্রকল্পে ব্যবহার, প্রকাশ এবং অডিও এবং/অথবা ভিজুয়াল রিপ্ৰোডাকশন কপিরাইটের অনুমোদন দিচ্ছি।

এই অনুমোদন \_\_\_\_\_  
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

যে-দিন থেকে \_\_\_\_\_-এর শিক্ষার্থী হবে  
(স্কুলের নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

সেদিন থেকেই অনির্দিষ্টকালের জন্য কার্যকর থাকবে, যতদিন পর্যন্ত না ডিপিএসসিডি-তে বা স্কুলে শিক্ষার্থী হিসাবে তার মেয়াদ বাতিল হচ্ছে। আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে এই সকল চিত্র বা যে-কোন ধরণের রেকর্ডিং-এর কারণে যে কোন দায়, এবং যে কোন ও সকল প্রকার আঘাত, দাবী, ক্ষতি বা ব্যয় বা পারিশ্রমিকের যে-কোন প্রকার অনুরোধ থেকে দায়মুক্তি ও অব্যাহতি দিচ্ছি।

\_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

\_\_\_\_\_ তারিখ

\_\_\_\_\_ ঠিকানা, সিটি, জিপি

**পূরণ করা ফর্ম আপনার স্কুলে রাখুন।**

**অফিস অব কমিউনিকেশন্স অ্যান্ড মার্কেটিং**

**ফোন: 313-873-3494 | [communications@detroitk12.org](mailto:communications@detroitk12.org)**



পরিবারের শিক্ষাগত অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন, ফেডারেল আইন, এবং ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট (“ডিস্ট্রিক্ট”) বোর্ড নীতিমালা জেলাগুলোকে তৃতীয় পক্ষের কাছে মনোনীত “ডিরেক্টরি তথ্য” প্রকাশ করার অনুমতি দেয়, যদি না কোনো শিক্ষার্থীর মা-বাবা অথবা আইনী অভিভাবক অপসারণ না করেন।

ডিরেক্টরির তথ্যের মধ্যে রয়েছে শিক্ষার্থীর নাম, স্কুলের নাম, আনুষ্ঠানিকভাবে স্বীকৃত কার্যক্রম এবং খেলাধুলায় অংশগ্রহণ, উচ্চতা ও ওজন (কোনো অ্যাথলেটিক দলের সদস্য হলে), স্নাতকের তারিখ, প্রাপ্ত পুরস্কার, টেলিফোন নম্বর এবং/অথবা বাড়ির ঠিকানা (স্কুল বা PTA পরিচালকদের অন্তর্ভুক্তির জন্য), এবং কার্যক্রম, ইভেন্ট বা প্রোগ্রামে অংশগ্রহণকারী শিক্ষার্থীদের স্কুলের ছবি বা ভিডিও। একজন শিক্ষার্থীর শুধুমাত্র ডিরেক্টরির তথ্যই লিখিত সম্মতি ব্যতীত শিক্ষার্থী বা তার মা-বাবা ছাড়া অন্য কোনো ব্যক্তি বা পক্ষের কাছে প্রকাশ করা হবে।

ডিরেক্টরির তথ্য সাধারণত স্কুলের প্রকাশনা, বার্ষিকবই, কার্যক্রম এবং অ্যাথলেটিক প্রোগ্রাম, টেলিভিশন প্রোডাকশন, ওয়েব সাইটের পাশাপাশি কমিউনিটি অংশীদার, অন্যান্য স্কুল, এবং সম্ভাব্য নিয়োগকারীদের পক্ষ থেকে জিজ্ঞাসাবাদের ক্ষেত্রে ব্যবহৃত হয়। এছাড়াও, অনুরোধ সাপেক্ষে, আইন অনুসারে, জেলায় সামরিক নিয়োগকারী প্রয়োজন ডিরেক্টরি তথ্য যাদের সম্ভাব্য নিয়োগকারীদের মতো একই পরিমাণ অ্যাক্সেস থাকবে।

আমরা শিক্ষার্থীদের তথ্যের গোপনীয়তা গুরুত্বের সাথে দেখি। মা-বাবা বা অভিভাবকদের এই ডিরেক্টরির তথ্য অপসারণের ফর্মটি সম্পূর্ণ করতে হবে যদি তারা তৃতীয় পক্ষের সাথে ডিরেক্টরির আংশিক বা সকল তথ্য শেয়ার না করতে চান। ফর্মটি <https://www.detroitk12.org/Page/10805>-এ অনলাইনে পূরণ করা যাবে।