DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

আপনার তালিকাভুক্তির কাগজপত্র জমাদান

তালিকাভুক্তির অফিস • 313.240.4377 • detroitk12.org/enrollnow

তালিকাভুক্তির জন্য ৩টি সহজ ধাপ

ধাপ ১
তালিকাভুক্তি প্যাকেজ পূরণ ও স্বাক্ষর করুন।

পূরণকৃত তালিকাভুক্তি প্যাকেট

- ☐ তালিকাভুক্তি ফরম
- ☐ জরুরি যোগাযোগ এবং মেডিকেলের অনুমোদন
- ☐ বার্ষিক স্বাস্থ্য তথ্য
- ☐ স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য প্রকাশে সম্মতি
- ☐ ডিরেক্টরির তথ্য অপসারণ
- ☐ টিকার সম্মতি ফরম
- ☐ শিক্ষার্থীদের মিডিয়া রিলিজ

প্রত্যেক শিক্ষার্থীর জন্য একটি প্যাকেট পূরণ করুন। সবগুলো ফরম সম্পূর্ণভাবে পূরণ করুন এবং নির্দেশিত স্থানে স্বাক্ষর করুন।

প্রয়োজন-অনুযায়ী ফরম

- ☐ **কিন্ডারগার্টেন থেকে অব্যাহতির ফরম।** যেসব শিক্ষার্থী চলতি বছরের ১লা সেপ্টেম্বরের মধ্যে ৫ বছর বয়সী হবে না, কিন্তু ১লা ডিসেম্বরের মধ্যে ৫ বছর বয়সী হয়ে যাবে তাদের জন্য আবশ্যক।
- ☐ **নির্ধারিত ওষুধের ফরম।** যেসব শিক্ষার্থী স্কুলে ওষুধ ব্যবহার করে অথবা সাথে রাখে তাদের জন্য আবশ্যক।
- ☐ **মেডিকেলের তথ্য প্রকাশ। সেসব শিক্ষার্থীদের জন্য আবশ্যক যারা:**
  - বিশেষ শিক্ষা সেবা পায়
  - স্কুলে থাকা অবস্থায় ওষুধ নেয়
  - বিশেষ প্রক্রিয়া (টিউব দিয়ে খাওয়ানো, ক্যাথেরাইজেশন, ইত্যাদি) গ্রহণ করে
  - দীর্ঘস্থায়ী স্বাস্থ্য সমস্যায় (অ্যাজমা, ডায়াবেটিস, খিঁচুনি, গুরুতর অ্যালার্জি-জনিত প্রতিক্রিয়া, ইত্যাদিতে) আক্রান্ত।

ফরমগুলো detroitk12.org/enrollnow ঠিকানা থেকে ডাউনলোড করা যাবে

ধাপ ২
আপনার কাগজপত্র একত্রিত করুন।

আবশ্যক কাগজপত্র

- ☐ জন্মের রেকর্ড
- ☐ ঠিকানার প্রমাণ (২ ধরনের)
- ☐ ফটো আইডি
- ☐ টিকাদান
- ☐ শিক্ষার্থীর রেকর্ড

গ্রহণযোগ্য কাগজপত্রের উদাহরণ এবং উপলভ্য সহায়ক রিসোর্সের জন্য এই ফ্লায়ারের উল্টো পাশ দেখুন।

আপনার সন্তানের যদি IEP অথবা ৫০৪ প্ল্যান থাকে তবে সেটা অন্তর্ভুক্ত করুন।

ধাপ ৩
আপনার তালিকাভুক্তির উপকরণগুলো জমা দিন।

তালিকাভুক্তির সকল বিকল্প সম্পর্কে জানতে ভিজিট করুন detroitk12.org/enrollnow

তালিকাভুক্তির উপকরণগুলো আপনার নির্বাচিত স্কুলে, detroitk12.org/enrollnow ঠিকানায়, বা (উপলভ্য থাকলে) পপ-আপ তালিকাভুক্তির ঠিকানায় জমা দেওয়া যাবে। তালিকাভুক্ত করার আগে পরীক্ষা বা আবেদন স্কুলে একটি আবেদন করা আবশ্যক।

ব্যক্তিগত কাগজপত্র সরাসরি স্কুলে জমা দেওয়ার পরামর্শ দেওয়া হয়।

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

তালিকাভুক্তির কাগজপত্র

তালিকাভুক্তির অফিস • 313.240.4377 • detroitk12.org/enrollnow

নিচে তালিকাভুক্তি প্রক্রিয়ার জন্য গ্রহণযোগ্য কাগজপত্রের ধরনগুলো দেওয়া হলো।

জন্মের রেকর্ড

- জন্ম সনদ (প্রাধান্য পাবে)
- জন্ম তারিখ উল্লেখ রয়েছে এমন ব্যাপ্টিজমের সনদ অথবা ধর্মীয় সনদ
- আদালতের রেকর্ড
- সরকারি রেকর্ড (কাউন্টি, সামরিক বাহিনী, পাসপোর্ট, অভিবাসন
- দত্তক গ্রহণের রেকর্ড
- সত্যপাঠ বিবৃতিসহ ডাক্তার বা হাসপাতালের রেকর্ড
- পারিবারিক রেকর্ড (যেমন পারিবারিক বাইবেলে এন্ট্রি)

আসল জন্ম সনদ ব্যতীত নোটারিযুক্ত হলফনামা আবশ্যক।

রিসোর্স

- **ওয়েন কাউন্টি ক্লার্কের অফিস** 313-224-0270
- **মিশিগান রাষ্ট্রের মুখ্য রেকর্ড অফিস** 517-335-8666
- **ডাকঘর** (পাসপোর্ট)

ঠিকানার প্রমাণ (২ ধরনের)

- সরকার কর্তৃক ইস্যুকৃত ফটো আইডি
- সরকারি সহায়তার ডকুমেন্টসমূহ
- ডেট্রয়েট আইডি
- W2 অথবা পে স্টাব
- অফিসিয়াল সরকারি ডাক
- ইউটিলিটি বিল

ফটো আইডি

- ড্রাইভারের লাইসেন্স
- পাসপোর্ট
- সামরিক বাহিনীর আইডি
- ডেট্রয়েট আইডি
- স্টেট আইডি

রিসোর্স

- **সেক্রেটারি অব স্টেট** 888-767-6424
- **পারিবারিক স্বনির্ভরতা সংস্থা**
- **ডেট্রয়েট আইডি** 800-408-1599
- **ডাকঘর** (পাসপোর্ট)

টিকাদান

- টিকার রেকর্ড
- টিকা থেকে অব্যাহতি

রিসোর্স

- **ডেট্রয়েট স্বাস্থ্য বিভাগ** 313-876-4000
- **মিশিগান কেয়ার ইম্প্রুভমেন্ট রেজিস্ট্রি** (MCIR)
- **স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র (SBHC)** 313-874-8323
- **ছাড়পত্র - ওয়েইন কাউন্টি স্বাস্থ্য বিভাগ** 734-727-7125

শিক্ষার্থীর রেকর্ড

- ট্রান্সক্রিপ্ট
- রিপোর্ট কার্ড(সমূহ)

অথবা পূরণকৃত ট্রান্সক্রিপ্ট চেয়ে অনুরোধ করার ফরম জমা দিন, যা detroitk12.org/enrollnow-এ উপলভ্য

রিসোর্স

- **DPSCD শিক্ষার্থীর রেকর্ড ও ট্রান্সক্রিপ্ট** 313-240-4377 নম্বরে প্যারেন্ট হটলাইনে যোগাযোগ করুন
- নতুন শিক্ষার্থীদের পূর্বের স্কুল ডিস্ট্রিক্টের সাথে যোগাযোগ করতে হবে

DPSCD নিয়োগ ও ভর্তিসহ এর শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমের ক্ষেত্রে গোত্র, বর্ণ, জাতিগত পরিচয়, লিঙ্গ, যৌন অভিমুখীতা, লৈঙ্গিক 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 আছে? নাগরিক অধিকার সমন্বয়কের সাথে যোগাযোগ করুন (313) 240-4377 নম্বরে অথবা dpscd.compliance@detroitk12.org অথবা 011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায়।

তালিকাভুক্তি ফরম

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

স্কুল: ________________________________ **তারিখ:** ______________

আবশ্যক কাগজপত্র

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

- ☐ মা/বাবা/অভিভাবকের ছবিসহ আইডি
- ☐ শিক্ষার্থীর জন্মসনদ বা জন্মের রেকর্ড শিক্ষার্থীর
- ☐ টিকা কার্ড বা অব্যাহতি প্রাপ্ত শিক্ষার্থীর সর্বশেষ
- ☐ ট্রান্সক্রিপ্ট বা রিপোর্ট কার্ড
- ☐ দুই ধরনের ঠিকানার প্রমাণ, যেমন: ড্রাইভার লাইসেন্স, ডেট্রয়েট আইডি, W-2, সরকারি সহায়তার কাগজপত্র, পে স্টাব, প্রাতিষ্ঠানিক সরকারী চিঠি, ইউটিলিটি বিল, ইত্যাদি।

*কিছু পরিবার ডকুমেন্টসমূহ পেতে সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারে।

শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রথমাংশ:	নামের মাঝের অংশ: শেষাংশ:	নামের	অনুসর্গ (জুনিয়র, III, ইত্যাদি)
জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)	পছন্দসই লিঙ্গ: ☐ নারী ☐ পুরুষ		
মা/বাবার প্রাথমিক ফোন *(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)*: ( )	মা/বাবার প্রাথমিক ইমেইল *(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)*:		
প্রবেশের গ্রেড:	স্কুল বর্ষ:	শিক্ষার্থীটি কি জমজদের সদস্য? ☐ হ্যাঁ ☐ না	

শিক্ষার্থীর বাসস্থানের ঠিকানা:

সড়ক:		অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:

যোগাযোগের ঠিকানা (বাসস্থানের ঠিকানা থেকে ভিন্ন হলে)

সড়ক:		অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:

শিক্ষার্থী কোন দেশে জন্মগ্রহণ করেছে?

যদি যুক্তরাষ্ট্র ছাড়া অন্য কোনো দেশে হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের দুইটি প্রশ্নের উত্তর দিন:

শিক্ষার্থী কত সালে যুক্তরাষ্ট্রে এসেছে? ______________ (বছর)

শিক্ষার্থী যুক্তরাষ্ট্রের স্কুলে কখন প্রথম ভর্তি হয়? ______________ (মাস/দিন/বছর)

শিক্ষার্থীর কি স্বতন্ত্র শিক্ষা পরিকল্পনা (IEP) আছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

শিক্ষার্থীর কি ৫০৪ প্ল্যান রয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনি যদি উপরের যেকোনো একটিতে "হ্যাঁ" উত্তর দিয়েছেন, 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?

☐ হ্যাঁ ☐ না

শিক্ষার্থীর বাড়িতে বলা 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 হয়েছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না

শিক্ষার্থীর বাসস্থান

আমাদের ডিস্ট্রিক্টের ফেডারেল আইন মেনে চলা নিশ্চিত করার জন্য সকল শিক্ষার্থীদের নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলো করা হয়। শিক্ষার্থী নির্দিষ্ট সহায়তা সেবার যোগ্য কিনা তা নির্ধারণ করতে আপনার উত্তর স্কুলকর্মীদের 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, গাড়ি, 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 ঠিকানায় McKinney Vento স্টুডেন্ট রেফারেল ফরমটি পূরণ করুন।

ফস্টার কেয়ার

শিক্ষার্থী কি ফস্টার কেয়ারে আছে? যদি এমনটি হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে কেস ওয়ার্কারের সাথে যোগাযোগের তথ্য দিন

☐ হ্যাঁ ☐ না

নাম: ______________________

ফোন: ______________________

ইমেইল: ______________________

প্রযোজ্য সবগুলো নির্বাচন করুন

আপনি যদি কোনো উত্তর না চয়ন করেন, তবে যুক্তরাষ্ট্র শিক্ষা অধিদপ্তরের জন্য ডিস্ট্রিক্টকে আপনার পক্ষ থেকে উত্তর সরবরাহ করতে হবে।

শিক্ষার্থীর গোত্র *(প্রযোজ্য সবগুলো নির্বাচন করুন)*:

☐ আমেরিকান ভারতীয় অথবা আলাস্কার
☐ আদিবাসী এশিয়ান
☐ কৃষ্ণাঙ্গ অথবা আফ্রিকান
☐ আমেরিকান হিস্পানিক বা
☐ ল্যাটিনেক্স
☐ শ্বেতাঙ্গ (একটি নির্বাচন করুন)
  ☐ ইউরোপীয়
  ☐ মধ্য প্রাচ্য
  ☐ উত্তর আফ্রিকান
☐ নেটিভ হাওয়াইয়ান/অন্যান্য প্যাসিফিক দ্বীপপুঞ্জের অধিবাসী

পূর্ববর্তী স্কুলের তথ্য

যে স্কুলে শিক্ষার্থী সর্বশেষ অংশগ্রহণ করেছে

নাম:

শহর/রাষ্ট্র:

শিক্ষার্থীর আইডি নম্বর *(বর্তমান DPSCD শিক্ষার্থী)*

মা/বাবা / অভিভাবকের তথ্য ১

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:

মোবাইল ফোন: ( )	বাড়ির ফোন: ( )
কর্মস্থলের ফোন *(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)*: ( )	ইমেইল:

শিক্ষার্থীর বাসস্থানের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না, ঠিকানা দিন:**

সড়ক:	অ্যাপার্টমেন্ট #:

শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:

মা/বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ব্যতীত 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 / অভিভাবকের তথ্য ২

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:
মোবাইল ফোন: ( )	বাড়ির ফোন: ( )	
কর্মস্থলের ফোন *(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)*: ( )	ইমেইল:	

শিক্ষার্থীর বাসস্থানের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না, ঠিকানা দিন:**

সড়ক:		অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:

মা/বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ব্যতীত 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 / অভিভাবকের তথ্য ৩

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:
মোবাইল ফোন: ( )	বাড়ির ফোন: ( )	
কর্মস্থলের ফোন *(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)*: ( )	ইমেইল:	

শিক্ষার্থীর বাসস্থানের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না, ঠিকানা দিন:**

সড়ক:		অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:

মা/বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ব্যতীত 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 / অভিভাবকের তথ্য ৪

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:
মোবাইল ফোন: ( )	বাড়ির ফোন: ( )	
কর্মস্থলের ফোন *(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)*: ( )	ইমেইল:	

শিক্ষার্থীর বাসস্থানের ঠিকানার অনুরূপ ঠিকানা? ☐ **হ্যাঁ** ☐ **না, ঠিকানা দিন:**

সড়ক:		অ্যাপার্টমেন্ট #:
শহর:	রাষ্ট্র:	জিপ কোড:

মা/বাবা/অভিভাবকের কি ইংরেজি ব্যতীত 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**

সহোদর ভাইবোন DPSCD স্কুলে যায়

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যাচ্ছে:	গ্রেড:
নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যাচ্ছে:	গ্রেড:
নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যাচ্ছে:	গ্রেড:
নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যাচ্ছে:	গ্রেড:
নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর)
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:	যে স্কুলে যাচ্ছে:	গ্রেড:

গণ যোগাযোগ

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

স্বীকারোক্তি এবং 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 ফরমের কোনো তথ্যে পরিবর্তন আসলে উপযুক্ত স্কুলের অফিসকে অবহিত করা আমার দায়িত্ব।

এই তালিকাভুক্তি ফরমে 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 (মাস/দিন/বছর)

ডিস্ট্রিক্ট ইমার্জেন্সি কন্টাক্ট ফর্ম

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

EMERGENCY CONTACT & MEDICAL AUTHORIZATION FORM

স্কুল: ____________________ **স্কুল বর্ষ:** ____________

শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ / /
গ্রেড:	হোমরুম শিক্ষক:	হোমরুম শ্রেণিকক্ষের নম্বর:
বাড়ির ঠিকানা স্ট্রিট:	সিটি:	জিপ:
শিক্ষার্থীর সেল ফোন নম্বর: ( )	শিক্ষার্থীর ইমেইল:	

শিক্ষার্থী কার সঙ্গে বসবাস করে? প্রযোজ্য সবগুলো চিহ্নিত করুন:
☐ মা ☐ বাবা ☐ অভিভাবক ☐ পিতামাতামহ ☐ অন্য আত্মীয় ☐ অন্যান্য ____________

জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের তথ্য

প্রাথমিক যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:	

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক: ☐ মা ☐ বাবা ☐ গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট ☐ পালক পিতামাতা
☐ সৎ পিতামাতা ☐ আইনি অভিভাবক ☐ অন্যান্য ____________

পরবর্তী স্তরের যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:	

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক: ☐ মা ☐ বাবা ☐ গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট ☐ পালক পিতামাতা
☐ সৎ পিতামাতা ☐ আইনি অভিভাবক ☐ অন্যান্য ____________

আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:	

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক: ☐ মা ☐ বাবা ☐ গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট ☐ পালক পিতামাতা
☐ সৎ পিতামাতা ☐ আইনি অভিভাবক ☐ অন্যান্য ____________

জরুরি যোগাযোগের তথ্য - অব্যাহত

আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ( )	হোম ফোন: ( )

নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ( )	ইমেইল:

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:

- ☐ মা
- ☐ বাবা
- ☐ গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
- ☐ পালক পিতামাতা
- ☐ সৎ পিতামাতা
- ☐ আইনি অভিভাবক
- ☐ 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 ক্রীড়ায় অংশগ্রহণের ফলে সৃষ্ট পরিস্থিতিতে মেডিকেল চিকিৎসা প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি অনুধাবন করি যে স্কুল কর্মী এবং মেডিকেল কর্মীরা সদিচ্ছা নিয়ে, প্রযোজ্য আইন মেনে এবং আমার সন্তানের সর্বোত্তম স্বার্থ বিবেচনায় নিয়ে কাজ করবেন। DPSCD কর্মীরাও প্রযোজ্য নীতিমালা মেনে চলবেন। এই সম্মতি প্রদানের মাধ্যমে, আইন অনুযায়ী অনুমোদিত সীমার মধ্যে, আমি এর গুরুত্ব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অবগত থেকে স্বেচ্ছাপ্রণোদিত হয়ে, DPSCD, বোর্ড অব এডুকেশন এবং এর কর্মী, কন্ট্রাক্টর, এজেন্ট, এবং স্বেচ্ছাসেবীদের 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______________

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিংগ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিংগ থেকে ভিন্নতর লিংগ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা dpscd.compliance@detroitk12.org -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।

বার্ষিক স্বাস্থ্য তথ্য

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

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? ☐ হ্যাঁ ☐ না	
শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মাঝের অংশ:	Suffix/অনুসর্গ (জুনিয়র, III, ইত্যাদি)
জন্ম তারিখ: / /			
মা-বাবা/অভিভাবকের নাম:		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্কঃ	
বাড়ির বা সেল নাম্বার: ( )		কর্মস্থলের ফোন: ( )	

আপনার সন্তানের কী ধরনের স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে?
☐ Medicaid
☐ বেসরকারি
☐ নিশ্চিত নই
☐ আমার সন্তানের বর্তমানে স্বাস্থ্য বীমা নেই

যদি আপনার সন্তানের Medicaid থাকে, তবে অনুগ্রহ করে প্ল্যানের নামটি চিহ্নিত করুন:
☐ Aetna ☐ McLaren ☐ টোটাল হেলথ
☐ কেয়ার ব্লু ক্রস কমপ্লিট ☐ Meridian ☐ United
☐ HAP Midwest ☐ Molina ☐ অন্যান্য

আপনার সন্তানের কী ধরনের স্বাস্থ্য বীমা রয়েছে?

হেলদি কিডস (*অনুগ্রহ করে কোন প্ল্যান সেটি নির্বাচন করুন*)
☐ Blue Cross Blue Shield
☐ Delta Dental
☐ কোন হেলদি কিডস প্ল্যান তা নিশ্চিত নই

☐ বেসরকারি ☐ নিশ্চিত নই

আপনার সন্তানের কি নিম্নলিখিত কোনো স্বাস্থ্যগত অবস্থা আছে?

স্বাস্থ্যগত অবস্থা	হ্যাঁ	না	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	হ্যাঁ	না	স্বাস্থ্যগত অবস্থা	হ্যাঁ	না
গুরুতর অ্যালার্জি (খাবার, পোকামাকড়, ওষুধ, লেটেক্স) যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে বলুন যে আপনার সন্তানের কীসে অ্যালার্জি রয়েছে (নির্দিষ্ট খাবার, পোকামাকড়, লেটেক্স ইত্যাদি) যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে যে প্রতিক্রিয়া ঘটে সেটিতে টিক দিন: ☐ আমবাত ফুলে ☐ যাওয়া ☐ শ্বাস কষ্ট ☐ অন্যান্য			অ্যালার্জি (মৌসুমী)			হৃদরোগ		
			দুশ্চিন্তা			সীসা বিষক্রিয়া		
			অ্যাজমা বা শ্বাসজনিত সমস্যা			গর্ভবতী		
			মনোযোগে ঘাটতি হাইপারঅ্যাকটিভিটি ডিসঅর্ডার			খিঁচুনি		
						সিকল সেল রোগ		
			আচরণগত সমস্যা			কথা বলার সমস্যা		
			মূত্রাশয় বা অন্ত্রের সমস্যা			চোখের সমস্যা		
			দাঁতের সমস্যা			চশমা পরে		
			বিষণ্ণতা			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 আবশ্যকতা আছে?	❑ হ্যাঁ* ❑ না
আপনার সন্তানের জন্য কি কোনো জরুরি ওষুধ স্কুলে রাখা আবশ্যক?	❑ হ্যাঁ* ❑ না
আপনার সন্তানের কি স্কুলে কোন বিশেষ পদ্ধতি সম্পাদন করা আবশ্যক? *(জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়ানো, ক্যাথেটেরাইজেশন, ইত্যাদি)*	❑ হ্যাঁ* ❑ না

***** *যদি আপনি ঔষধ 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-এ উপলভ্য এবং প্রতি বছর নবায়ন করা আবশ্যক।*

চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী

ডাক্তারের নাম:	ফোন: ( )	ঠিকানা:
সর্বশেষ ফিজিকালের / /	❑ নিশ্চিত	
দাঁতের ডাক্তারের নামঃ	ফোন: ( )	ঠিকানা:
সর্বশেষ দাঁত পরীক্ষার / /	❑ 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	স্পষ্টাক্ষরে নাম	তারিখ

অফিস কর্মী কর্তৃক পূরণীয়		
	তারিখ	স্টাফ পার্সন
ফরম গৃহীত হয়েছে		
শিক্ষার্থী তথ্য সিস্টেমে তথ্য প্রবেশ করানো হয়েছে		

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

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 অথবা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 এই ঠিকানা

স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের সম্মতি

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

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 খিঁচুনি।
    - 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 অনুগ্রহ 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 যত্নের পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে মুখের স্বাস্থ্য শিক্ষা, স্ক্রিনিং, ফ্লোরাইড ভার্নিশ অ্যাপ্লিকেশন, প্রতিরোধমূলক যত্ন এবং পরিষ্কারকরণ, রেস্টোরেটিভ/সংশোধমূলক যত্ন।
- দৃষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে স্ক্রিনিং, পরীক্ষা, চিকিৎসা এবং/অথবা সংশোধন যেমন চশমা
- টিকাদান পরিষেবা
- আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষবা

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: / /

আপনার সন্তানের সুস্বাস্থ্যের জন্য সহযোগিতার অনুমতি
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, স্বাস্থ্য পরিকল্পনা
এবং স্বাস্থ্য বিভাগসমূহ

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 পরিষবা 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।

ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিংগ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিংগ থেকে ভিন্নতর লিংগ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা dpscd.compliance@detroitk12.org -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

ডিরেক্টরির তথ্য অপসারণ

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 পুরষ্কার, 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 তথ্যে 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।

নিয়োগ ও ভর্তিসহ DPSCD-এর শিক্ষা কর্মসূচি এবং কার্যক্রমের ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, রাষ্ট্রীয় পরিচয়, লিঙ্গ, যৌন অভিমুখীতা, লিঙ্গ 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। কোনও প্রশ্ন আছে? কোনও বিষয়ে উদ্বিগ্ন? নাগরিক অধিকার সমন্বয়কের সাথে যোগাযোগ করুন (৩১৩) ২৪০-৪৩৭৭ নম্বরে বা dpscd.compliance@detroitk12.org -এ অথবা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202-এই ঠিকানায়।

Fisher Building • 3011 West Grand Blvd. • Detroit, MI 48202

detroitk12.org

টিকার সম্মতি ফরম

শিক্ষার্থীর নাম: ________________________________ জন্ম তারিখ: _____________ বয়স: ______

সড়কের ঠিকানা: ________________________________ শহর, রাষ্ট্র, জিপ: ____________________

টেলিফোন: ____________________________________ পুরুষ নারী (একটিতে বৃত্ত দিন)

স্কুলের নাম: _________________________________ গ্রেড: ______

VFC যোগ্যতা:

বীমার ধরন (বৃত্ত দিন): **বেসরকারি মেডিকেইড বিমা নেই আন্ডার ইনশিওরড অ্যামেরিকান ভারতীয়/আলাস্কান নেটিভ**

মা-বাবা/অভিভাবকের নাম: ____

টিকাদানের জন্য সম্মতি: ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুল কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট (DPSCD) মিশিগান কেয়ার ইমপ্রুভমেন্ট রেজেস্ট্রি (MCIR) থেকে আমার সন্তানের তথ্য পর্যালোচনা করবে। MCIR এ লিপিবদ্ধ তথ্যের ভিত্তিতে, আমি DPSCD-কে তার বয়সের জন্য সুপারিশকৃত অথবা প্রয়োজনীয় সকল টিকাদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই সম্মতি ফর্ম একটি টিকার একাধিক ডোজ প্রদানের অনুমোদন দেয়, মেডিক্যালের নির্দেশিত অনুযায়ী। উপলভ্যতা অনুযায়ী কম্বিনেশন (মিশ্রিত) টিকা ব্যবহার করা হবে, যদি না অন্যভাবে নির্দেশনা দেওয়া হয়ে থাকে।

আমি www.michigan.gov/mdhhs ঠিকানায় অনলাইনে উপলভ্য প্রস্তাবিত টিকার(গুলোর) জন্য টিকা তথ্য বিবৃতিটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। আমি সুপারিশকৃত টিকার(গুলোর) সুবিধা ও ঝুঁকিগুলো বুঝতে পেরেছি। আমি বুঝেছি যে প্রদত্ত টিকা(গুলো) MCIR-এ লিপিবদ্ধ করা হয়েছে। একটি টিকার সিরিজে শেষ টিকা দেওয়ার পর এই সম্মতি ফর্মের মেয়াদ শেষ হবে।

মা-বাবা/অভিভাবকের স্বাক্ষর ________________________________ তারিখ ______________

অনুগ্রহ করে হ্যাঁ বা না-তে টিকচিহ্ন দিন	**হ্যাঁ**	**না**
শিশুর কি ওষুধ, খাবার, ভ্যাকসিনের উপাদানে, অথবা লেটেক্সে কোনো অ্যালার্জি আছে?		
শিশুর কি অতীতে কোনো ভ্যাকসিনের ফলে গুরুতর পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া হয়েছিল?		
শিশুর কি ফুসফুস, হার্ট, কিডনি অথবা বিপাকজনিত রোগ (ডায়াবেটিস), অ্যাজমা বা রক্তের ব্যাধিজনিত কোনো স্বাস্থ্য সমস্যা হয়েছিল? সে কি দীর্ঘকালীন অ্যাসপিরিন থেরাপি নিচ্ছে?		
ক্লাইন্ট, তার ভাই-বোন, অথবা মা/বাবার কি খিঁচুনি হয়েছিল? ক্লাইন্টের কি মস্তিষ্ক বা অন্যান্য স্নায়ুতন্ত্রজনিত সমস্যা হয়েছিল?		
ক্লাইন্টের কি ক্যান্সার, লিউকোমিয়া, HIV/AIDS, অথবা অন্যান্য রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা বিষয়ক কোনও সমস্যা আছে?		
গত ৩ মাসে, ক্লাইন্ট কি এমন কোনো ওষুধ গ্রহণ করেছে যা তার রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতাকে দুর্বল করে, যেমন কর্টিসোন, প্রিডনিসোন, অন্যান্য স্টেরয়েড, বা অ্যান্টিক্যান্সার ড্রাগ, বা রেডিয়েশন চিকিৎসা?		
গত বছরে, ক্লাইন্ট কি রক্ত অথবা রক্তজাত পদার্থের কোনো ট্রান্সফিউশন নিয়েছে, বা তাকে কি ইমিউন (গামা) গ্লোবুলিন বা কোনো অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ দেওয়া হয়েছে?		
ক্লাইন্ট কি গর্ভবতী বা সে আগামী মাসের মধ্যে গর্ভবতী হওয়ার কি কোনো সম্ভাবনা রয়েছে?		
ক্লাইন্ট কি গত ৪ সপ্তাহের মধ্যে টিকা নিয়েছে?		
ক্লাইন্ট কি এই মাসে স্কিন টেস্ট করিয়েছেন?		

DPSCD নিয়োগ ও ভর্তিসহ এর শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমের ক্ষেত্রে গোত্র, বর্ণ, জাতিগত পরিচয়, লিঙ্গ, যৌন অভিমুখীতা, লৈঙ্গিক 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 (313) 240-4377 নম্বরে অথবা dpscd.compliance@detroitk12.org ইমেইল ঠিকানায় অথবা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন!!! টিকা প্রত্যাখ্যান পরিচ্ছেদ নিম্নরূপ			
আপনি আপনার সন্তানকে কোনো টিকা না দিতে চাইলে নিচের পরিচ্ছেদটি সম্পূর্ণ করুন			
টিকা প্রত্যাখ্যান: আপনি আপনার সন্তানকে যে টিকা দিতে **চান না** তার পাশে টিক চিহ্ন দিন এবং **স্বাক্ষর করুন।**			
□ DTaP/Tdap/Td	□ Pneumococcal	□ Meningococcal ACWY	□ পোলিও
□ Hib	□ MMR	□ ইনফ্লুয়েঞ্জা	□ HPV
□ হেপাটাইটিস এ	□ হেপাটাইটিস বি	□ মেন B	□ ভ্যারিসেলা

আমার সন্তান, উপরে নাম উল্লিখিত, টিক চিহ্ন দিয়ে নির্দেশিত টিকাগুলো গ্রহণ করবে না। আমি আমার সন্তানকে সুপারিশকৃত টিকাগুলো গ্রহণের অনুমতি না দেবার সম্ভাব্য ফলাফল(গুলো) বুঝতে পেরেছি।

মা-বাবা/অভিভাবকের স্বাক্ষর ______________________________ **তারিখ** ______________

For Staff Use Only:

Verbal Consent for Vaccination

Name of DPSCD Staff Member Making the Call:

____

Name of Parent or Guardian:____

Date: ____

Time:____

Parent/Guardian has provided authorization for DPSCD and/or its School-Base Health Center Partners to Provide Vaccines to the student. Please circle the appropriate answer. (Yes) (No)

Additional Comments: ____

____

DPSCD নিয়োগ ও ভর্তিসহ এর শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমের ক্ষেত্রে গোত্র, বর্ণ, জাতিগত পরিচয়, লিঙ্গ, যৌন অভিমুখীতা, লৈঙ্গিক 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 (313) 240-4377 নম্বরে অথবা dpscd.compliance@detroitk12.org ইমেইল ঠিকানায় অথবা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

শিক্ষার্থীদের জন্য মিডিয়া রিলিজ

STUDENT MEDIA RELEASE

অনুগ্রহ করে সকল তথ্য স্পষ্টাক্ষরে লিখুন

বরাবর: ____ -এর পিতামাতা/অভিভাবক
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাক্ষরে 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 ক্রু 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 স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

জনশিক্ষার স্বার্থে, আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে, এর বোর্ড অব এডুকেশনকে, এবং অবাণিজ্যিক প্রোডাকশন ক্রুদেরকে, যারা তাদের অনুমোদিত কর্মচারী বা এজেন্টের মাধ্যমে কাজ করবে তাদেরকে, উপর্যুক্ত 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 রিপ্রোডাকশন কপিরাইটের অনুমোদন দিচ্ছি।

এই অনুমোদন ____
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাক্ষরে লিখুন)

যে-দিন থেকে ____ -এর শিক্ষার্থী হবে
(স্কুলের নাম স্পষ্টাক্ষরে 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, জিপ

পূরণ করা ফর্ম আপনার স্কুলে রাখুন।

অফিস অব কমিউনিকেশন্স অ্যান্ড মার্কেটিং

ফোন: 313-873-3494 | communications@detroitk12.org

ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিংগ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিংগ থেকে ভিন্নতর লিংগ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা dpscd.compliance@detroitk12.org -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।