



আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যের ব্যাপারে সহযোগিতার অনুমতি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী, স্বাস্থ্য পরিকল্পনা এবং স্বাস্থ্য বিভাগ

পরিবারের শিক্ষাগত অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA)

FERPA কী?

পরিবারের শিক্ষাগত অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA) হলো একটি ফেডারেল আইন যা শিক্ষার্থীর শিক্ষার রেকর্ডগুলোর গোপনীয়তা সুরক্ষিত রাখে। সাধারণত, কোনো শিক্ষার্থীর শিক্ষার রেকর্ড থেকে যেকোনো তথ্য প্রকাশের জন্য স্কুলের অবশ্যই শিক্ষার্থীর পিতামাতার, অথবা শিক্ষার্থীর বয়স 18 বছরের বেশি হলে শিক্ষার্থীর নিজের, লিখিত অনুমতি থাকতে হবে।

কিসের জন্য অনুমতি?

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট আপনার অনুমতির জন্য অনুরোধ করছে কারণ আমাদের শিক্ষার্থী রেকর্ডগুলোর তথ্য আপনার সন্তানের হেলথ কেয়ার প্রভাইডার, হেলথ ইনশুর্যান্স প্ল্যান, স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সঙ্গে, অথবা আইনের চাহিদা অনুযায়ী মিশিগান ও ডেট্রয়েটের স্বাস্থ্য বিভাগের সঙ্গে শেয়ার করার প্রয়োজন হতে পারে। হেলথ কেয়ার প্রভাইডার হলেন ফিজিশিয়ানগণ অথবা নার্স প্র্যাকটিশনারগণ, যারা আপনার সন্তানকে সেবা দিয়ে থাকেন, যেমনটা ডিস্ট্রিক্টের রেকর্ডে উল্লেখ করা হয়েছে। হেলথ প্ল্যান হলো এমন কোনো প্রতিষ্ঠান যা আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিচর্যা ভাড়াতির ব্যবস্থা করে থাকে, যেমন **মেডিকেইড** অথবা কোনো স্বাস্থ্যবিমা কোম্পানি।

এটি কেন গুরুত্বপূর্ণ?

এই সম্মতি ফরমটি ডিস্ট্রিক্টকে শিক্ষার্থীর শিক্ষার রেকর্ড থেকে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করার মাধ্যমে অনুরোধক্রমে অথবা আইন অনুযায়ী প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে, ভাড়াতিসহ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ক্ষেত্রে সহযোগী হয়ে কাজ করার অনুমতি দেয়। আপনার সম্মতি না পেলে, ডিস্ট্রিক্টের আপনাকে অথবা আপনার সন্তানকে সাহায্য করতে আপনার সন্তানের হেলথ কেয়ার প্রভাইডার, হেলথ ইনশুর্যান্স প্ল্যান, অথবা স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সঙ্গে সহযোগিতা করার ক্ষেত্র সীমিত হয়ে যাবে।

এই ফরমটি যা কববে না

- এই ফরমটি ডিস্ট্রিক্টকে আপনার সম্মতি নিয়ে শুধু সীমিত কিছু উদ্দেশ্যে তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন দেয়। ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করার জন্য আপনার অনুমতি নেয়ার ক্ষেত্রে প্রত্যেক হেলথ কেয়ার প্রভাইডার, হেলথ ইনশুর্যান্স প্ল্যান, অথবা স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নিজস্ব উপায় থাকতে পারে।
- আপনার স্বাক্ষর ডিস্ট্রিক্টকে আপনার পক্ষ নিয়ে আপনার সন্তানের জন্য চিকিৎসা পরিষেবা গ্রহণ করার অনুমোদন **দেয় না**।

অনুগ্রহ করে উপর্যুক্ত পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করে ফেরত দেয়ার মাধ্যমে আপনাকে ও আপনার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবাগুলোর সঙ্গে সংযুক্ত করতে আমাদের সাহায্য করুন।