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

# বার্ষিক স্বাস্থ্য তথ্য

**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?<br>☐ 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 ☐ আমার সন্তানের বর্তমানে স্বাস্থ্য বীমা নেই
☐ বেসরকারি
☐ নিশ্চিত নই

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)* ☐ বেসরকারি ☐ নিশ্চিত নই

☐ Blue Cross Blue Shield
☐ Delta Dental
☐ কোন হেলদি কিডস প্ল্যান তা 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) | | | অ্যালার্জি (মৌসুমী) | | | হৃদরোগ | | |
| | | | দুশ্চিন্তা | | | সীসা বিষক্রিয়া | | |
| যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে বলুন যে আপনার সন্তানের কীসে অ্যালার্জি রয়েছে (নির্দিষ্ট খাবার, পোকামাকড়, লেটেক্স ইত্যাদি) | | | অ্যাজমা বা শ্বাসজনিত সমস্যা | | | গর্ভবতী | | |
| | | | মনোযোগে ঘাটতি হাইপারঅ্যাকটিভিটি ডিসঅর্ডার | | | খিঁচুনি | | |
| | | | | | | সিকল সেল রোগ | | |
| যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে যে প্রতিক্রিয়া ঘটে সেটিতে টিক দিন: | | | আচরণগত সমস্যা | | | কথা বলার সমস্যা | | |
| | | | মূত্রাশয় বা অন্ত্রের সমস্যা | | | চোখের সমস্যা | | |
| | | | দাঁতের সমস্যা | | | চশমা পরে | | |
| ☐ আমবাত ফুলে | | | বিষণ্নতা | | | অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন: | | |
| ☐ যাওয়া | | | ডায়াবেটিস | | | | | |
| ☐ শ্বাস কষ্ট | | | মাথায় আঘাত বা গুরুতর ধাক্কা | | | | | |
| ☐ অন্যান্য | | | 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 অভিমুখীটা, 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