



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 থ্রিচুনি।
 - 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 ডিপিসিসিডি 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 ডিপিসিসিডি'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 প্র্যাকটিশনার(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।**