

এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের ওরাল হেলথ ক্লিনিক কর্মসূচির জন্য পিতামাতাদের সম্মতি ফর্ম

দাঁত-সংক্রান্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর (OHCP) নাম: First MedCare Primary Care Center

OHCP-এর ঠিকানা: 8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

শিক্ষার্থীর তথ্য	পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য
শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ শিক্ষার্থীর প্রথম নাম: _____ জন্মতারিখ: _____ / _____ / _____ মাস  দিন  বছর শিক্ষার্থীর ঠিকানা: _____ সিটি  স্টেট  জিপ কোড স্কুল: _____  গ্রেড: _____ শিক্ষকের নাম: _____ <b>স্বাস্থ্য সংক্রান্ত গুরুত্বপূর্ণ প্রশ্ন</b> আপনার সন্তানের কি এমন কোনো স্বাস্থ্যগত অবস্থা রয়েছে যা তাদের দাঁতের চিকিৎসাকে ব্যাহত বা জটিল করতে পারে? এর মধ্যে থাকতে পারে হার্ট, শ্বাসপ্রশ্বাস, রক্তস্রবণ সমস্যা, থ্রিচুলি, ছোঁমাচে রোগ, রোগপ্রতিরোধে দুর্বলতা, ইত্যাদি। যদি হ্যাঁ হয়, ব্যাখ্যা করুন। যদি না হয়, খালি রাখুন _____ _____ _____	<b>ম্মা</b> শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ <b>পিতা</b> শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ <b>আইনি অভিভাবক, যদি প্রযোজ্য হয়</b> শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে আইনি অভিভাবকের সম্পর্ক <input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট <input type="checkbox"/> আর্ল্ট অথবা আংকল <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ <b>পিতামাতা বা অভিভাবকের যোগাযোগের তথ্য</b> বাড়ির ফোন: _____ কাজের ফোন: _____ সেলফোন: _____ ইমেইল: _____ <b>আরও এমার্জেন্সি কন্ট্যাক্ট:</b> নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ বাড়ির ফোন: _____ কাজের ফোন: _____ সেলফোন: _____ ইমেইল: _____

ইনসুরেন্সের তথ্য

<b>আপনার সন্তানের কি মেডিকেইড আছে?</b> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ: মেডিকেইড আইডি নং _____ <b>আপনার সন্তানের কি চাইল্ড হেলথ প্লান আছে?</b> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ: CHP # _____ <b>কোন প্ল্যান?</b> <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	<b>আপনার সন্তানের কি নিয়োগদাতা-ভিত্তিক প্ল্যান বা অন্য কোন হেলথ ইনসুরেন্সের মাধ্যমে কাভারেজ আছে?</b> <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, হেলথ প্ল্যান: _____ মেম্বার ID অথবা সোশাল সিকিউরিটি নম্বর: _____ হেলথ ইনসুরেন্সের ফোন: _____ ইনসুরেন্সকৃত প্রাপ্তবয়স্কের নাম: _____ ইনসুরেন্সকৃত প্রাপ্তবয়স্কের জন্মতারিখ: _____ আপনার সন্তানের হেলথ ইনসুরেন্স আছে কি না, সেটা বিবেচনা ছাড়াই তাকে বিনা খরচে স্বাস্থ্য-সেবা প্রদান করা হবে।
---	---

স্কুলভিত্তিক হেলথ ক্লিনিক সার্ভিসের জন্য পিতামাতার সম্মতিপত্র

আমি জানি যে আমার সন্তান দাঁত ও মুখের চিকিৎসা লাভ করবে এবং আমি সই করলে আমার সন্তান যতদিন পর্যন্ত স্কুল থাকবে, ততদিনের জন্য OHCP দ্বারা সন্তানের চিকিৎসার জন্য অনুমতি প্রদান করা হয়। আমি যেকোন সময় OHCP-এর কাছে লিখিত নোটিসের মাধ্যমে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। **আমি জানি যে, আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত বিষয়ে গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনের কথা সেবা প্রদানকারীকে জানাবো।**

দ্রষ্টব্য: আইন অনুযায়ী, যেসকল শিক্ষার্থীর বয়স 18 বছর অথবা তার বেশি অথবা যারা নিজেরা পিতামাতা অথবা আইনগতভাবে স্বাধীন তাদের জন্য পিতামাতার সম্মতির আবশ্যিকতা নেই। আমার স্বাক্ষর থেকে স্পষ্ট আমি গোপনীয়তা অনুশীলনের নোটিসের কপি পেয়েছি।

X \_\_\_\_\_  
 পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর (বা 18 বছর বা বেশি বয়সী বা আইন দ্বারা অনুমোদিত হলে শিক্ষার্থীর) \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রদানে HIPAA-সম্মতি পিতামাতার সম্মতি

আমি এই ফর্মের ২ পৃষ্ঠায় স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের বিষয়টি পড়েছি ও বুঝেছি। আমার স্বাক্ষর হেলথ সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশে আমার সম্মতি নির্দেশ করে।

X \_\_\_\_\_  
 পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর (বা 18 বছর বা বেশি বয়সী বা আইন দ্বারা অনুমোদিত হলে শিক্ষার্থীর) \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের ওরাল হেলথ ক্লিনিক কর্মসূচির জন্য পিতামাতাদের সম্মতি ফরম

দাঁত-সংক্রান্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর (OHCP) নাম: First MedCare Primary Care Center

OHCP-এর ঠিকানা: 8707 Flatlands Avenue, Brooklyn, NY 11236

### শুলভিতিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক সার্ভিসের জন্য সম্মতিপত্র

আমি আমার সন্তানকে স্কুলে ভর্তি থাকাকালীন নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অনুমোদিত OHCP-এর স্টেট-লাইসেন্সধারী স্বাস্থ্য পেশাজীবীগণ প্রদত্ত যে স্কুলের দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য কর্মসূচি রয়েছে, সেই দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য প্রযুক্তি গ্রহণের সম্মতি প্রদান করছি। আমি যেকোন সময় OHCP-এর কাছে লিখিত নোটিসের মাধ্যমে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। আমি জানি যে, আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট পরিষেবার বিষয়ে শিক্ষার্থী এবং দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য ক্লিনিকের পরিষেবা প্রদানকারীদের মাঝে গোপনীয়তার বিষয়টি নিশ্চিত, এবং শিক্ষার্থীদেরকে তাদের পিতামাতা/অভিভাবকগণকে কাউন্সেলিং এবং দাঁতের যত্নের সিদ্ধান্তে সংশ্লিষ্ট থাকতে উৎসাহিত করা হবে। স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক পরিষেবার মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়, প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা, পুনরুদ্ধার পরিষেবা, এবং জরুরি অপারেশন। প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবার অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা, দাঁতের স্বাস্থ্য-বৈজ্ঞানিক চিকিৎসা, এক্স-রেজ, সীল করা এবং ফ্লোরাইড চিকিৎসা। এর মধ্যে থাকতে ক্যাভিটি বৃদ্ধি বন্ধ (সিলভার ফ্লোরাইড যেকোন ক্যাভিটির রঙ পাল্টে ব্রাউন অথবা কালো রঙের করি দিতে পারে) করার লক্ষ্যে দাঁতের পিছনে সিলভার ডায়ামিন ফ্লোরাইড প্রয়োগ। সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা এবং প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা ছাড়াও, OHCP অন্য যেসব পরিষেবা এবং চিকিৎসা প্রদান করবে তার জন্য পিতামাতা/অভিভাবককে জানাবে, এর মধ্যে আছে কিন্তু এতেই সীমিত নয়, ফিলিং করা, দাঁত তোলা, এবং অ্যানাথেটিক্স অথবা অন্য ওষুধের ব্যবহার। পিতামাতা/অভিভাবক যদি সম্মতি না দেন, তাহলে এইসব পরিষেবা প্রদান করা হবে না।

### ওরাল হেলথ সম্পর্কিত তথ্য প্রদানে HIPAA-সম্মত পিতামাতার সম্মতি

এই ফরমের উল্টো পৃষ্ঠায় আমার স্বাক্ষর স্বাস্থ্যবিষয়ক তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদান করে। ফেডারেল গোপনীয়তার আইন এবং স্টেটের আইন দ্বারা এই তথ্য প্রকাশ থেকে সরিয়ে নেয়া হতে পারে।

এই সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর দিয়ে, আমি স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বোর্ড অভ এডুকেশন অভ দ্যা সিটি অভ নিউ ইয়র্কের (যা নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন হিশেবেও পরিচিত), এবং এছাড়া স্কুল নার্সদের কাছে প্রকাশের অনুমতি দিচ্ছি, কারণ হয় এটি আইন, চ্যান্সেলরের প্রবিধান অনুযায়ী এটি বাধ্যতামূলক, কারণ স্বাস্থ্য সুরক্ষা ও শিক্ষার্থীর নিরাপত্তার জন্য বা আমার সন্তানের ইন্স্যুরেন্স প্রদানকারীর কোন দাবি প্রক্রিয়াকরণে প্রয়োজনীয়। আমার অনুরোধক্রমে, যে প্রতিষ্ঠান অথবা ব্যক্তি এই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবে তাকে এই ফরমের একটি কপি আমাকে দিতে হবে।

আইনগতভাবে পিতামাতাদেরকে কিছু নির্দিষ্ট তথ্য অবশ্যই স্কুলে প্রদান করতে হবে, যেমন ইমিউনাইজেশনের প্রমাণ। এই তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থ হবার ফলে শিক্ষার্থীকে স্কুল থেকে বহিষ্কার করা হতে পারে।

এই ফরম সম্পর্কিত আমার প্রশ্নগুলির উত্তর প্রদান করা হয়েছে। আমি বুঝি যে, আমার সন্তানের দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে আমাকে অনুমতি দিতে হবে না, এবং এই যে আমি যেকোন সময় আমার মত পরিবর্তন করতে পারি এবং OHCP-কে প্রদত্ত আমার অনুমতি লিখিতভাবে আমি প্রত্যাহার করতে পারি। যদিও, একবার প্রকাশ হয়ে গেলে প্রত্যাহারের আগে প্রকাশিত তথ্য অতীত কার্যকারিতাসহ ঢেকে রাখার জন্য প্রত্যাহার করা যাবে না।

আমি OHCP-কে অপর পৃষ্ঠায় উল্লিখিত শিক্ষার্থীর হেলথের তথ্য বোর্ড অভ এডুকেশন অভ নিউ ইয়র্ক (ওরফে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন)-এর কাছে প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি।

আমি চুক্তিবদ্ধ প্রতিষ্ঠান থেকে এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের কাছে এবং এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন থেকে চুক্তিবদ্ধ প্রতিষ্ঠানের কাছে নিম্নবর্ণিত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য বিধিগত আবশ্যিকতা পূরণ করার এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য ও সুরক্ষা নিরাপদ রাখার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য স্কুলের কাছে থাকা নিশ্চিত করার উদ্দেশ্যে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি বুঝি যে এই তথ্য ফেডারেল ও স্টেটের আইন এবং গোপনীয়তা সংক্রান্ত চ্যান্সেলরের প্রবিধান অনুসারে গোপন থাকবে:

- জরুরি আবশ্যিক হতে পারে এমন অবস্থা
- শিক্ষার্থীর প্রাত্যহিক কর্মকাণ্ড সীমিত করে এমন অবস্থা (ফরম 103S)
- কিছু সংক্রামক রোগের রোগনির্ণয় (HIV সংক্রমণ/STI এবং আইন দ্বারা সুরক্ষিত অপরাপর গোপনীয় পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত নয়)
- হেলথ ইনস্যুরেন্সের তথ্য

এই ফরমের ১ম পৃষ্ঠায় আমার স্বাক্ষর আমার সন্তানকে পরীক্ষা করেছে এমন অন্যান্য প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করে ইন্স্যুরেন্সের তথ্য সংগ্রহের জন্য OHCP-কে আমার সম্মতি দিচ্ছি।

যে তারিখে এ ফরমে সই দেওয়া হয়েছে, সেদিন থেকে শিক্ষার্থী স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক প্রোগ্রামে তালিকাভুক্ত না থাকা বা তালিকাভুক্ত বাতিলের মধ্যে যেটি আগে আসবে, সেদিন পর্যন্ত এই পর্যন্ত তথ্য প্রদানের অনুমতিপত্র কার্যকর থাকবে।

আইন অনুযায়ী যেভাবে আইনে প্রযোজ্য হয়, OHCP, সেভাবে পিতামাতার অধিকার ও গোপনীয়তার নীতি প্রদান করবে।