



Department of Health
& Mental Hygiene

Department of
Education

সতর্কতা বিজ্ঞপ্তি: ইমিউনাইজেশনের (টিকা-ইঞ্জেকশনের) রেকর্ড পাওয়া যায়নি

সন্তানের নাম: _____ তারিখ (DD/MM/YYYY): _____

সন্তানের OSIS নম্বর: _____ স্কুলের DBN: _____ গ্রেড বা ক্লাস: _____

প্রিয় পিতামাতা অথবা অভিভাবক:

স্কুলের জন্য আবশ্যিক এক বা একাধিক ভ্যাকসিন আপনার সন্তানের দেওয়া হয়নি (নিচের সারণিতে চিহ্নিত করা হয়েছে)। গণস্বাস্থ্য আইনের (পাবলিক হেলথ ল) অনুচ্ছেদ 2164 অনুসারে আপনি যদি কোনো নথি দেখাতে না পারেন যে আপনার সন্তান টিকা বা ভ্যাকসিন গ্রহণ করেছে অথবা তার রোগ প্রতিরোধের ক্ষমতার প্রমাণ থাকে, তাহলে আপনার সন্তানের প্রিন্সিপ্যালের জন্য আপনার সন্তানকে ____/____/____ (DD/MM/YYYY) তারিখের পর স্কুলে অংশগ্রহণ করতে দেয়া নিষিদ্ধ।

আপনার সন্তান যেন বাদ পরে যাওয়া টিকা বা ভ্যাকসিন পেতে পারে তা নিশ্চিত করতে এই চিঠিটি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে দেখাবেন। যদি আপনার সন্তান ইতোমধ্যে টিকা বা ভ্যাকসিনগুলো গ্রহণ করে থাকে কিংবা তার রোগ প্রতিরোধক্ষমের প্রমাণ থাকে, তাহলে সেই রেকর্ডগুলো স্কুলের প্রিন্সিপ্যালকে দেবেন। ন্যূনতম বয়সের আগে দেওয়া (বেশি আগেভাগে) ভ্যাকসিন গণ্য হবে না। ভ্যাকসিনের বিকল্প সময়সূচি গ্রহণযোগ্য নয়। রোগ প্রতিরোধক্ষমতা সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে বা কোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর খুঁজতে সহায়তার জন্য 311 নম্বরে ফোন করুন।

টিকা বা ভ্যাকসিনসমূহ (না দেয়া ভ্যাকসিনগুলোতে টিক চিহ্ন দেয়া হয়েছে)	প্রয়োজনীয় ডোজ সংখ্যা	স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর জন্য দ্রষ্টব্য*
____ ডিপথেরিয়া, টিটেনাস এবং পারটুসিস (DTap বা DTP), কিংবা টিটেনাস এবং ডিপথেরিয়া (Td)	____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5	DTaP, 7 বছরের চাইতে কম বয়সীদের জন্য। Td, 7 বছর বা অধিক বয়সীদের জন্য।
____ টিটেনাস, ডিপথেরিয়া এবং অ্যাসেলুলার পারটুসিস (Tdap)	____ 1	10 বছর অথবা বেশি বয়সে দেয়া একমাত্র Tdap (অথবা DTaP) -এর ডোজ 6 থেকে 9 গ্রেডের জন্য গণ্য; 7 বছর বা বেশি বয়সে দেয়া ডোজগুলো 10 থেকে 12 গ্রেডের জন্য গণ্য হবে।
____ পোলিও (IPV অথবা OPV)	____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4	রক্ত পরীক্ষাতে পোলিওর তিনটি সেরোটাইপ-এর সবগুলো থেকে রোগ প্রতিরোধক্ষম দেখালে সেটা গৃহীত হয়, শুধুমাত্র যদি পরীক্ষাটি 2019-এর সেপ্টেম্বরের আগে করা হয়ে থাকে।
____ মিজলস, মাম্পস ও রুবেলা (MMR)	____ 1 ____ 2	রক্ত পরীক্ষায় রোগ প্রতিরোধক্ষম দেখালে গৃহীত হয়।
____ হেপাটাইটিস B	____ 1 ____ 2 ____ 3	রক্ত পরীক্ষায় রোগ প্রতিরোধক্ষম বা সংক্রমণ দেখালে গৃহীত হয়।
____ ভ্যারিসেলা (জলবসন্ত বা চিকেনপক্স)	____ 1 ____ 2	রক্ত পরীক্ষায় রোগ প্রতিরোধক্ষম অথবা প্রদানকারীর দেয়া রোগের নথিপত্র গ্রহণযোগ্য।
____ মেনিনগোকক্কাল কনজুগেট (MenACWY)	____ 1 ____ 2	10 বছর অথবা বেশি বয়সে দেয়া একমাত্র MenACWY-এর ডোজ 7 থেকে 10 গ্রেডের জন্য গণ্য; 10 বছর বা কম বয়সে দেয়া ডোজগুলো 11 থেকে 12 গ্রেডের জন্য গণ্য হবে।
____ হেমোফিলাস ইনফ্লুয়েনজা টাইপ B (Hib)	____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টাট, নার্সারি, 3-K অথবা প্রিকিন্ডারগার্টেন
____ নিউমোকক্কাল কনজুগেট (PCV)	____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টাট, নার্সারি, 3-K অথবা প্রিকিন্ডারগার্টেন
____ ইনফ্লুয়েঞ্জা (ফ্লু)	____ 1	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টাট, নার্সারি, 3-K অথবা প্রিকিন্ডারগার্টেন

*For health care providers: To view school immunization requirements, visit schools.nyc.gov and search for immunizations (see the Information for Providers section).

প্রিন্সিপ্যালের নাম: _____

স্কুলের ফোন: _____

T-35906 Immunization Letter (Bangla)

cc: Student file, Attendance Teacher (Public School)

SH-89 (rev. July 2023) Warning