

2020-2021 সালের জন্য সেকশন 504 বিশেষ ব্যবস্থার অনুরোধ

শিক্ষার্থীর নাম: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর ID# \_\_\_\_\_  
 স্কুলের নাম \_\_\_\_\_ স্কুলের ATS/DBN: \_\_\_\_\_ গ্রেড/ক্লাস \_\_\_\_\_  
 অনুরোধকারী পিতামাতা/অভিভাবকের নাম \_\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক \_\_\_\_\_  
 504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে জমা দেওয়ার তারিখ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 504 কোঅর্ডিনেটরের নাম \_\_\_\_\_  
 শিক্ষার্থীর কি বর্তমান IEP রয়েছে?  হ্যাঁ  না 504 কোঅর্ডিনেটরের ফোন # \_\_\_\_\_

**পার্ট 1: পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে জমা দিতে হবে**

নিচে উদ্বেগের কারণ এবং তা কীভাবে শিক্ষার্থীর স্কুলের কর্মসম্পাদনায় প্রভাব ফেলে, তার বর্ণনা দিন:

উপরে তালিকাভুক্ত উদ্বেগের ভিত্তিতে বিশেষ ব্যবস্থার অনুরোধ। কোনো প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে আপনার স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগ করুন।

বিশেষ ব্যবস্থার অনুরোধ <i>অনুরোধকৃত সবকিছু চিহ্নিত করুন:</i>		For school use only	
		New	Renewal
<b>পরীক্ষার বিশেষ ব্যবস্থা</b>	<input type="checkbox"/> পরীক্ষার সমসূচি/পরীক্ষা সময়সীমা (যেমন বর্ধিত সময়, ইত্যাদি) <input type="checkbox"/> পরীক্ষাকেন্দ্রের পরিবেশ/অবস্থান <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক টেকনোলজি <input type="checkbox"/> পরীক্ষায় উত্তরদানের পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>ক্লাসরুম / পাঠ্যক্রম বিশেষ ব্যবস্থা</b>	<input type="checkbox"/> ক্লাসের সমসূচি/সময়ের ব্যবহার <input type="checkbox"/> ক্লাসের কর্মকাণ্ডের পরিবেশ <input type="checkbox"/> উপস্থাপনার পদ্ধতি/নির্দেশনা/সহায়ক টেকনোলজি <input type="checkbox"/> ক্লাসের কর্মকাণ্ডে উত্তরদানের পদ্ধতি/বিষয়বস্তুতে সহায়তা <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>অ্যাকাডেমিক সহায়তা এবং অন্যান্য পরিষেবা</b>	<input type="checkbox"/> প্যারাপ্রফেশনাল <input type="checkbox"/> নার্সিং পরিষেবাসমূহ <input type="checkbox"/> পরিবহন (OPT মেডিকেল একসেপশন রিকোয়েস্ট, পরিবহনে বিশেষ ব্যবস্থার অনুরোধের) ফর্ম <input type="checkbox"/> সেফটি নেট (বিশেষ সুরক্ষা ব্যবস্থা, শুধু হাই স্কুলের জন্য) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

স্কুল চলাকালে যখন কোন শিক্ষার্থীর ওষুধ নেয়া আবশ্যিক হয় এবং সে সেটি নিজে সেবন করতে না পারে, তখন সাধারণত স্কুল নার্স তাকে সে ওষুধটি সেবন করান। 1:1 অনুপাতে নার্সিংয়ের জন্য অনুরোধ, প্যারাপ্রোফেশনালের সহায়তা এবং পরিবহনের বিষয়গুলির প্রতিটির ক্ষেত্রে আলাদা আলাদাভাবে পর্যালোচনা করা হবে। চিকিৎসাগতভাবে পরিষেবার চাহিদা আছে সেবিষয়টি নিশ্চিত করতে অনুরোধসমূহ অবশ্যই একজন অফিস অভ স্কুল হেলথ প্র্যাকটিশনার পর্যালোচনা করবেন। আরো ফর্ম পূরণ করতে হবে; দয়া করে আপনার 504 কোঅর্ডিনেটরের সাথে কথা বলুন

**পার্ট 2: পিতামাতার সম্মতি - পিতামাতা/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করে স্কুলের 504 কোঅর্ডিনেটরের কাছে জমা দিতে হবে**

1973 পুনর্বাসন আইনের সেকশন 504-এর অধীনে আপনার সন্তান বিশেষ ব্যবস্থা লাভের যোগ্য হতে পারে। আপনার স্কুলের 504 টিম আপনার সন্তানের রেকর্ড, ক্লাসওয়ার্ক, ক্লাসরুম পর্যবেক্ষণ, পরীক্ষা, এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর বিবৃতি পর্যালোচনা করতে মিলিত হবে। ঐ পর্যালোচনার ভিত্তিতে আপনার সন্তান যদি পরিষেবার যোগ্য হয়, টিম আপনার সহায়তা ও সম্মতিক্রমে একটি 504 পরিকল্পনা তৈরি করবে। 504 প্ল্যান বছরের যেকোনো সময়ে পর্যালোচনা করা হতে পারে, তবে কমপক্ষে প্রতিটি শিক্ষা বছরে পুনঃঅনুমোদন করতে হবে।

এই পৃষ্ঠায় স্বাক্ষরদানের মাধ্যমে: 1) আপনি আপনার সন্তানের রেকর্ড পর্যালোচনা করতে এবং সে বিশেষ ব্যবস্থার লাভের যোগ্য কিনা, সে সিদ্ধান্ত গ্রহণে 504 টিমকে সম্মতি প্রদান করছেন। 2) আপনি নিশ্চিত করছেন যে, আপনি আপনার সর্বোচ্চ সক্ষমতা অনুযায়ী পূর্ণ এবং বিস্তারিত তথ্য দিয়েছেন। 3) আপনি বুঝতে পারছেন যে, অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH), এবং ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (DOE) তাদের পর্যালোচনা এবং সিদ্ধান্তের জন্য ফর্ম-এ প্রদত্ত তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করছে। 4) আপনি জানেন যে, OSH এবং DOE আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা, ওষুধপত্র অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত যেকোনো তথ্য যা তাদের কাছে প্রয়োজনীয় মনে হতে পারে, সেসব জোগাড় করতে পারে। OSH এই তথ্য আপনার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছেন যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারেন।

**পূরণকৃত সংযুক্ত HIPAA ফর্ম (পর্যালোচনার জন্য আবশ্যিক। পিতামাতাগণ অবশ্যই এই ফর্ম-এর অপরপৃষ্ঠা পূরণ করবেন)।**

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম \_\_\_\_\_

দিনের ফোন নম্বর \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_\_\_\_

**হিপা (HIPAA) অনুসারে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি**

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর পরিচিতি নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, এই ফর্ম-এ যেভাবে বলা হয়েছে, সে অনুসারে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুরোধ করছি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও 1996 সালের প্রাইভেসি রুল অফ দা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদন **অ্যালকোহল ও মাদক অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা** সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং **গোপনীয় HIV/AIDS\* সংক্রান্ত তথ্য** কেবলমাত্র যদি আমি 7 অংশের যথাযথ লাইনে আমার নামের ইনিশিয়াল দিয়ে থাকি। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনটিতে ইনিশিয়াল দেই, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন (“DOE”) যারা যুক্তভাবে অফিস অফ স্কুল হেলথ পরিচালনা করে - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV/AIDS-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি, তাহলে আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা DOHMH-এর জন্য নিষিদ্ধ, যদি না ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন, সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার কারণে বৈষম্যের অভিজ্ঞতা লাভ করি, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অফ হিউম্যান রাইটসের (212) 480-2493 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অফ হিউম্যান রাইটসের (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারব। এসব এজেন্সির দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- আমি যে হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি, তার কাছে লিখিত দিয়ে যেকোন সময়ে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ বাদে।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি অথবা সুবিধালাভের যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশে অনুমতি দেওয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH অথবা DOE কর্তৃক পুনরায় প্রকাশ করা যাবে (উপরের আইটেম 2-তে যেমনটি উল্লেখ আছে সেটি বাদে) এবং এই পুনঃপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে আলোচনার অনুমতি প্রদান করছি।**

- যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:  
সকল স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য (লিখিত এবং মৌখিক) এর অন্তর্ভুক্ত রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপির নোট ব্যতীত), পরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডিজ, ফিঅ্যুস, রেফারাল, কনসাল্ট, বিলিং রেকর্ড, ইনসিওরেন্স রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারীগণ কর্তৃক পাঠানো আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে পাঠানো রেকর্ডসমূহ।  
 এই বক্সটি যদি চেক মার্ক করা থাকে, তাহলে শুধু এখানে উল্লিখিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ এবং সেসম্পর্কে আলোচনা করুন: \_\_\_\_\_  
*(আপনি যদি না চান যে পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন। এই ফর্মটিকে আপনি কতদিন বৈধ রাখতে চান সেটি ছিন্ন করতে নিচের বক্স 9 ব্যবহার করুন)*

এর অন্তর্ভুক্ত আছে: *(ইনিশিয়াল দিয়ে নির্দিষ্ট করুন)*

\_\_\_\_\_ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসার তথ্য। *যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম উল্লেখ করুন:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: এই তথ্য রোগী অথবা তার প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে, যদি না এখানে অন্য কোনভাবে উল্লেখ করা হয়:	9. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অফ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়**:
10. রোগী ছাড়া অন্য কেউ এই ফর্ম স্বাক্ষর করে থাকলে তার নাম:	11. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অফ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

এই ফর্ম-এর সব ধারা পূরণ করা ও এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের জবাব দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

**\*এইডস রোগের কারণ হিউম্যান ইমিউনোডেফিশিয়েন্সি ভাইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারো পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।**

**\*\*উপরের 9 নম্বর অংশে যদি কোন মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ উল্লিখিত থাকে, তাহলে ফর্মটি ঐ তারিখ থেকে মেয়াদোত্তীর্ণ হবে এবং সেক্ষেত্রে রোগীর পিতামাতা অথবা আইনি অভিভাবক অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্য কোন ব্যক্তি অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম জমা দিতে হবে।**