

প্রতিবন্ধিতায়ুক্ত শিক্ষার্থীদের জন্য স্কুলের অভ্যন্তরে COVID-19 পরীক্ষায় প্রতিবন্ধিতা-ভিত্তিক অব্যাহতির অনুরোধের ফর্ম

NYC হেলথ + হসপিটাল এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন-এর সাথে কাজ করে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (NYC DOE), NYC DOE-এর শিক্ষার্থী, শিক্ষকমণ্ডলী এবং স্টাফদের কোভিড-19 সংক্রমণ পরীক্ষার জন্য বিভিন্ন ল্যাবরেটরি ও পরিষেবাদানকারীদের সাথে অংশীদারিত্ব তৈরি করেছে।

পিতামাতা অথবা অভিভাবক: যদি আপনার সন্তানের একটি ইন্ডিভিজুয়ালাইজড এডুকেশন প্রোগ্রাম (IEP) থেকে থাকে এবং তাদের প্রমাণিত প্রতিবন্ধিতা স্কুলের অভ্যন্তরে COVID-19 পরীক্ষায় সরাসরি প্রভাবিত করে, তাহলে আপনি আপনার সন্তানকে স্কুল-ভিত্তিক এলোমেলোভাবে বেছে নিয়ে COVID-19 পরীক্ষার প্রোগ্রাম থেকে অব্যাহতি অনুরোধ করতে পারেন। অনুগ্রহ করে নিচে সুনির্দিষ্ট কারণ বর্ণনা করুন এবং এই ফর্মটি পূরণ করে আপনার সন্তানের স্কুল প্রিন্সিপ্যাল, অথবা তার মনোনীত ব্যক্তির কাছে জমা দিন। আপনি অতিরিক্ত তথ্য এবং সহায়ক কাগজপত্র অন্তর্ভুক্ত করতে পারেন, যেগুলো আপনি বিশ্বাস করেন আপনার অব্যাহতি অনুরোধ মূল্যায়ন করার সময় বিবেচনা করা উচিত – কিন্তু সেগুলো দেয়া বাধ্যতামূলক নয়। সকল অনুরোধ পর্যালোচনা করা হবে, কিন্তু সবগুলো অনুমোদিত হবে না; যেসব কারণে স্কুলে পরীক্ষা বা টেস্টিং করলে আপনার সন্তানের সক্ষমতায় সরাসরি প্রভাব পরবে শুধুমাত্র সেগুলো অব্যাহতির জন্য অনুমোদন পাবে।

অনুগ্রহ করে জেনে রাখুন: অনুমোদিত প্রতিবন্ধিতা-ভিত্তিক অনুরোধসহ শিক্ষার্থী স্কুলের অভ্যন্তরে পরীক্ষা থেকে অব্যাহতি পাবে; কিন্তু তদুপরি অব্যাহতিপ্রাপ্ত শিক্ষার্থীদের স্কুলে বাহিরে পরীক্ষা করানো প্রত্যাশিত। যদি কোনো শিক্ষার্থীকে স্কুলের অভ্যন্তরে পরীক্ষার জন্য বেছে নেয়া হয় কিন্তু তার জন্য একটি প্রতিবন্ধিতার কারণে অনুমোদিত অব্যাহতি ফাইলে থেকে থাকে, তবে ঐ শিক্ষার্থীকে বিজ্ঞপ্তি পাবার সাত দিনের মধ্যে স্কুলের বাহিরে পরীক্ষা করবে বলে প্রত্যাশিত (যেমন, শিক্ষার্থীর ডাক্তারের কাছে, একটি NYC হেলথ + হসপিটাল সাইটে, ইত্যাদি)। অব্যাহতিপ্রাপ্ত শিক্ষার্থীরা টেস্ট সম্পন্ন করার পর পরীক্ষার ফলাফলসমূহ স্কুলে নিয়ে আসবে বলেও প্রত্যাশিত। যদি আপনার একটি পরীক্ষা বা টেস্ট আয়োজনে সহায়তা প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে nyc.gov/covidtest এবং schools.nyc.gov/covidtesting দেখুন।

সন্তানের/শিক্ষার্থীর তথ্য

নাম: _____ স্কুল আইডি (ID)/OSIS #: _____ জন্মতারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

নাম: _____ ইমেইল: _____ ফোন নাম্বার: _____

ঠিকানা: _____

আপনার সাথে যোগাযোগের সবচেয়ে ভালো পন্থা? ফোন ইমেইল

অনুরোধের জন্য প্রতিবন্ধিতা-ভিত্তিক কারণ

শিক্ষার্থীর প্রমাণিত প্রতিবন্ধিতার কারণে স্কুলের অভ্যন্তরে কেন তাকে COVID-19 পরীক্ষা করা যাবে না, অনুগ্রহ করে তা বর্ণনা করুন।

To Be Completed by School Psychologist

(স্কুল সাইকোলজিস্ট পূরণ করবেন)

ACTION: Approved Denied

School Psychologist: _____

Date: _____