

COVID-19 পরীক্ষা সংক্রান্ত সম্মতির ফর্ম

এটি কীসের ফর্ম?

আপনার সন্তান COVID-19-এ আক্রান্ত হয়েছে কিনা তা পরীক্ষার জন্য আমরা আপনার সম্মতি চাইছি। NYC হেলথ + হসপিটাল এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন-এর সাথে একযোগে কাজ করে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (NYC DOE)-এর শিক্ষার্থী, শিক্ষকমণ্ডলী এবং স্টাফদের কোভিড-19 (COVID-19) সংক্রমণ পরীক্ষার জন্য বিভিন্ন ল্যাবরেটরি ও পরিষেবাদানকারীদের সাথে অংশীদারিত্ব তৈরি করেছে।

আমার সন্তানকে আপনারা কত ঘন ঘন পরীক্ষা করবেন?

কিছু শিক্ষার্থী, শিক্ষকমণ্ডলী এবং স্টাফদের পরীক্ষা করার জন্য আমাদের ল্যাবরেটরি ও পরীক্ষা পরিচালনাকারী অংশীদারগণ সময় সময় প্রতিটি স্কুলে আসবেন। আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে আপনার সন্তান এক বা একাধিকবার পরীক্ষার জন্য মনোনীত হতে পারে এবং তার পরীক্ষা বা টেস্ট করাও হতে পারে (1) স্টেট ও সিটির নিয়ম অনুযায়ী কিংবা (2) সে যদি COVID-19 সংক্রমণের এক বা একাধিক লক্ষণ দেখায়, কিংবা (3) যদি সে এমন কোনো শিক্ষার্থী, শিক্ষক বা স্টাফের কাছাকাছি গিয়ে থাকে যার COVID-19 সংক্রমণ রয়েছে, কিংবা (4) যদি সে এমন কোনো পাঠ্যক্রম বহির্ভূত কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণের সাথে সংশ্লিষ্টতা থাকে, যেখানে এই পরীক্ষা পরিচালিত হবে।

পরীক্ষাটি কী?

আপনি সম্মতি দিলে, আপনার সন্তানের COVID-19 ভাইরাস আছে কি না, তা নির্ণয় করতে বিনামূল্যে একটি পরীক্ষা নেয়া হবে। পরীক্ষার জন্য নমুনা সংগ্রহের অন্তর্ভুক্ত আছে Q-Tip-এর অনুরূপ একটি ক্ষুদ্র সোয়াব নাকের সামনের অংশে প্রবেশ করান এবং/অথবা লালা (থুথু) সংগ্রহ করা।

আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পজিটিভ এলে তা কীভাবে জানবো?

যদি আপনার সন্তানের কাছ থেকে নমুনা সংগ্রহ করা হয়, তাহলে আপনারা যেন জানতে পারেন, সেজন্য বাড়িতে তার সাথে আমরা তথ্য পাঠাবো। সাধারণত COVID-19 পরীক্ষার ফলাফল 48-72 ঘণ্টার মধ্যে জানানো হবে।

আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পাওয়ার পর আমার কী করা উচিত?

যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পজিটিভ আসে, তাহলে পরীক্ষার ফলাফল পর্যালোচনা করতে এবং এরপর কী করতে হবে, সেটা আলোচনার জন্য অনুগ্রহ করে অবিলম্বে আপনার সন্তানের ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার সন্তানকে বাড়িতে রেখে দেয়া এবং আপনার সন্তানের স্কুলে জানানো উচিত। আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল নেগেটিভ আসার অর্থ হচ্ছে আপনার সন্তানের দেয়া নমুনাতে ভাইরাস পাওয়া যায়নি। যাদের COVID-19 আছে, তাদের পরীক্ষায় **কখনও কখনও** অসঠিক নিগেটিভ ফলাফল আসে (যাকে "ফলস্ নিগেটিভ" বলা হয়)। যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল নেগেটিভ আসে কিন্তু তার COVID-19-এর লক্ষণগুলো থাকে, কিংবা আপনার যদি সন্তানের COVID-19 সংক্রমিত কারো কাছাকাছি আসা নিয়ে উদ্বেগ থাকে, তাহলে আপনার সন্তানের ডাক্তারের সাথে আপনার যোগাযোগ করা উচিত। আপনার যদি একজন ডাক্তার খুঁজতে সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে (844) NYC-4NYC নম্বরে ফোন করুন।

পিতামাতা, অভিভাবক বা প্রাপ্তবয়স্ক অংশগ্রহণকারী ব্যক্তি পূরণ করবেন।

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

পিতামাতা/অভিভাবক (ইংরেজি বড় অক্ষরে নাম): _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ফোন/মোবাইল #: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা: _____

আপনার সাথে যোগাযোগের সবচেয়ে ভালো পন্থা: _____

সন্তানের তথ্য

সন্তান (ইংরেজি বড় অক্ষরে নাম): _____

সন্তানের স্কুল ID/OSIS # (যদি জানা থাকে): _____

সন্তানের জন্মতারিখ: _____

সন্তানের বাড়ির ঠিকানা: _____

তথ্য প্রকাশ সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি

আইন আপনার সন্তানের কিছু তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ও নিউ ইয়র্ক স্টেটের কিছু প্রতিষ্ঠানের কাছে এবং তাদের সাথে পরিষেবা প্রদানের চুক্তিতে আবদ্ধ পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে প্রকাশের অনুমোদন দেয়, এতে রয়েছে নিচে তালিকাভুক্ত বিষয়গুলো। এই তথ্য শেয়ার করা হবে শুধু জনস্বাস্থ্য সংশ্লিষ্ট প্রসঙ্গে, যার অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, যদি সে COVID-19 সংক্রমিত কারো কাছাকাছি গিয়ে থাকে, তাহলে আপনার সন্তানের খুব কাছাকাছি আসা ব্যক্তিদের জানানো এবং আপনার কমিউনিটিতে COVID-19 বিস্তার রোধের জন্য অন্যান্য পদক্ষেপ গ্রহণ করা। আপনার সন্তান সম্পর্কিত যেসব তথ্য এই প্রতিষ্ঠানগুলো ও COVID-19 পরীক্ষা পরিষেবা প্রদানকারীদেরকে জানানো হতে পারে, সেগুলোর মধ্যে আছে আপনার সন্তানের নাম ও COVID-19 পরীক্ষার ফলাফল, জন্মতারিখ/বয়স, লিঙ্গ/জাতিগোষ্ঠী/জাতীয়তা, স্কুলের নাম, শিক্ষক, কোর্ট/পড (নির্দিষ্ট সীমিত শিক্ষার্থী দল), এনরোলমেন্ট ও উপস্থিতির বৃত্তান্ত, আফটার স্কুল বা অন্যান্য পাঠ্যসূচি-বহির্ভূত কর্মসূচি প্রোগ্রামে অংশগ্রহণকারীরা, পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের নাম, ঠিকানা, ফোন নম্বর, মোবাইল নম্বর, এবং ইমেইল ঠিকানা। আপনার সন্তান সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করা হবে **শুধুমাত্র** আপনার সন্তানের ড্যাটার (তথ্য-উপাত্তের) গোপনীয়তা ও সুরক্ষা বিধানকারী প্রযোজ্য আইন এবং সিটির নীতির সাথে সামঞ্জস্য বিধান করে।

1. NYC ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন
2. NYC ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন
3. NYS ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ
4. NYC ডিপার্টমেন্ট অভ ইয়ুথ অ্যান্ড কমিউনিটি ডেভেলপমেন্ট
5. NYC হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস করপোরেশন
6. COVID-19 পরীক্ষার জন্য চুক্তিবদ্ধ পরিষেবা প্রদানকারী

সম্মতি

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি প্রত্যয়ন করছি যে:

- আমি স্বাধীনভাবে ও স্বেচ্ছায় এই ফর্ম-এ স্বাক্ষর করেছি, এবং উপরে উল্লিখিত সন্তানের সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য আমার আইনী অধিকার আছে।
- আমি আমার সন্তানের COVID-19 সংক্রমণ আছে কিনা তা পরীক্ষার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে আপনার সন্তানকে 30 সেপ্টেম্বর, 2022 তারিখ পর্যন্ত একাধিকবার পরীক্ষা করা হতে পারে, এবং সেগুলো হতে পারে (1) টেস্টিং প্রোগ্রাম বা স্টেট ও সিটির বাধ্যবাধকতা অনুসারে NYC DOE স্থিরকৃত সময়সূচি অনুযায়ী, অথবা (2) যদি সে COVID-19-এর এক বা একাধিক উপসর্গ প্রদর্শন করে, অথবা (3) যদি সে COVID-19 আক্রান্ত কোনো শিক্ষার্থী, শিক্ষক বা স্টাফদের কারো সংস্পর্শে গিয়ে থাকে, কিংবা (4) কোনো পাঠ্যক্রম বহির্ভূত কর্মকাণ্ডে (যেমন ক্রীড়া) অংশগ্রহণের সাথে সংশ্লিষ্টতা থাকে যেখানে পরীক্ষা করার জন্য সুপারিশ করা হয়।
- আমি জানি যে, এই সম্মতি ফর্ম 30 সেপ্টেম্বর, 2021 তারিখ পর্যন্ত বৈধ থাকবে, যদি না আমি আমার সম্মতি প্রত্যাহার করছি, এই মর্মে **লিখিতভাবে** আমার সন্তানের স্কুলের ভারপ্রাপ্ত যোগাযোগের ব্যক্তিকে জানাই।
- আমি বুঝি যে, আইন অনুযায়ী আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল ও অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করা হতে পারে।
- আমি জানি যে, যদি আমি 18 বছর বা অধিক বয়স্ক শিক্ষার্থী হই, কিংবা আইন অনুযায়ী অন্য কোনোভাবে আমার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত বিষয়ে সম্মতি দেই, তাহলে যে প্রসঙ্গগুলোতে "আমার সন্তান" উল্লিখিত থাকবে, সেক্ষেত্রে তা আমাকেই বোঝাবে এবং আমি আমার পক্ষে স্বাক্ষর করতে পারবো।

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

(ছেলেমেয়ের বয়স 18 বছরের কম হলে)

শিক্ষার্থীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

(18 বছর বা বেশি বয়স হলে বা অন্য কোনোভাবে সম্মতিদানের অধিকার স্বীকৃত হলে)