



মিসৌরি প্রাথমিক ও মাধ্যমিক শিক্ষা বিভাগ
বিশেষ শিক্ষা কার্যালয় - ফার্স্ট স্টেপস প্রোগ্রাম



বেসরকারী বিমা ব্যবহারের সম্মতি

শিশুর নাম	জন্ম তারিখ	বিমা কোম্পানির নাম	সম্পূর্ণ হবার তারিখ
-----------	------------	--------------------	---------------------

নির্দেশাবলী

ফার্স্ট স্টেপস পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদানে সাহায্য করতে মেডিকেড ব্যবহার করতে সম্মতি প্রদানের পূর্বে এবং ফার্স্ট স্টেপস পরিষেবাগুলির জন্য সম্মতি গ্রহণের পূর্বে **ফার্স্ট স্টেপস সিস্টেমের পেমেন্টস পলিসি** এর একটি প্রতিলিপি পিতামাতাকে প্রদান করা হবে।

পিতামাতার সম্মতির সাথে, বেসরকারী বিমা নিম্নলিখিত ফার্স্ট স্টেপস পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদানে সাহায্য করবে:

অ্যাসিসটিভ টেকনোলজি ডিভাইসগুলো, অকুপেশনাল থেরাপি, ফিজিকাল থেরাপি, স্পিচ/ল্যাঙ্গুয়েজ প্যাথলজি।

ফার্স্ট স্টেপস পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদানে সাহায্য করতে বেসরকারী বিমা ব্যবহার করার আগে পিতামাতাকে এই ফর্মটি অবশ্যই তারিখ সহ স্বাক্ষর করে সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের নিকট প্রেরণ করতে হবে। সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগের বিবরণটি নিচে দেওয়া হয়েছে।

বিমা তথ্য (বিমা কার্ডের একটি প্রতিলিপি থাকলে প্রয়োজন নেই)

বিমা কোম্পানির নাম	বিমা কার্ড সম্পূর্ণ বিমাকৃত নির্দেশ করে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		
গ্রুপের নাম	গ্রুপের নম্বর	পলিসি বিলিং অর্ডার <input type="checkbox"/> প্রাথমিক <input type="checkbox"/> মাধ্যমিক	
পলিসি হোল্ডারের নাম	পলিসি মেম্বার আইডি	পলিসি শুরু তারিখ	

সম্মতির কারণ

নিম্নলিখিত কারণগুলির প্রতিটির জন্য আপনার ব্যক্তিগত বিমায় ফার্স্ট স্টেপস ব্যবহারের পূর্বে পিতামাতার সম্মতি প্রয়োজন:

- নতুন পরিষেবার অনুমোদন পরিষেবা অনুমোদনে বৃদ্ধি বিমা কোম্পানিতে পরিবর্তন বা ক্যারিয়ার নির্বাচনে পরিবর্তন

ইন্ডিভিজুয়ালাইজড ফ্যামিলি সার্ভিস গ্ল্যান (IFSP) সরাসরি পরিষেবা অনুমোদন

পরিষেবার ধরণ	পরিষেবার ফ্রিকোয়েন্সি	শুরুর তারিখ	সমাপ্তির তারিখ

সম্মতি

আমি শংসায়িত করছি যে উপরে উল্লেখিত তথ্য স্বাক্ষরের তারিখে সম্পূর্ণরূপে সত্য। আমি নিশ্চিত করছি যে আমি **ফার্স্ট স্টেপস সিস্টেমের পেমেন্টস পলিসি** -র একটি কপি পেয়েছি। পলিসিটি পর্যালোচনা করার পরে, আমি নিম্নলিখিত বিকল্পগুলি বেছেছি:

- আমি বেসরকারী বিমা ব্যবহারে সম্মতি দিচ্ছি (পলিসি হোল্ডারের জন্মতারিখ হল: _____/_____/_____)
 প্রয়োজ্য নয়, আমার বেসরকারী বিমা নেই আমি বেসরকারী বিমা ব্যবহারে সম্মতি দিতে প্রত্যাখ্যান করছি

পিতামাতার স্বাক্ষর	পিতামাতার স্বাক্ষরের তারিখ
পিতামাতার লিখিত নাম	

সার্ভিস কোঅর্ডিনেটর

সার্ভিস কোঅর্ডিনেটরের নাম এবং ঠিকানা	সার্ভিস কোঅর্ডিনেটরের ফোন নম্বর
সংস্থার প্রতিনিধির স্বাক্ষর	সংস্থার প্রাপ্তির তারিখ

প্রাথমিক ও মাধ্যমিক শিক্ষা বিভাগ তার কার্যক্রম এবং কর্মকলাপগুলিতে জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, জাতিয়তা, জাতিগত বংশোদ্ভূত, বয়স, বা অক্ষমতার ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রাথমিক ও মাধ্যমিক শিক্ষা বিভাগ এবং পরিষেবা, কর্মকলাপ, ও সুবিধাগুলির অবস্থান সংক্রান্ত অনুসন্ধানগুলি যা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের দ্বারা ব্যবহারযোগ্য, জেফারসন স্টেট অফিস বিল্ডিং, জেনারেল কাউন্সিল অফিস, কোর্ডিনেটর - সিভিল রাইটস কমপ্লেক্স (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6^{ষ্ঠ} তল, 205 জেফারসন স্ট্রিট, পি.ও বক্স 480, জেফারসন সিটি, MO 65102-0480; টেলিফোন নম্বর 573-526-4757 বা TTY 800-735-2966; ইমেল civilrights@desse.mo.gov প্রেরণ করা যেতে পারে।