



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



তথ্যের প্রকাশ

শিশুর নাম	জন্ম তারিখ	সম্পূর্ণ হবার তারিখ
-----------	------------	---------------------

নির্দেশাবলী

একটি সিস্টেম পয়েন্ট অব এন্ট্রি (SPOE) একটি শিশু বা পরিবারের ব্যক্তিগতভাবে সনাক্তযোগ্য তথ্য ফার্স্ট স্টেপস কর্মসূচির বাইরে যে কেউকে অনুরোধ বা শেয়ার করার পূর্বে পিতামাতার সম্মতির প্রয়োজন।

সার্ভিস কো-অর্ডিনেটর অবশ্যই এই ফর্মের প্রতিটি বিভাগ পিতামাতার নিকট ব্যাখ্যা করবে যাতে পিতা-মাতা নির্দিষ্ট তথ্য নিচের নামের ব্যক্তি/সংস্থার সাথে শেয়ার বা অনুরোধ করার সিদ্ধান্ত নিতে পারে। পিতামাতার সিদ্ধান্তের ভিত্তিতে, সার্ভিস কো-অর্ডিনেটর উপযুক্ত ঘরগুলিতে টিক দেবেন।

শিশু বা পরিবারিক তথ্য অনুরোধ করা বা শেয়ার করার পূর্বে পিতামাতাকে এই ফর্মটি তারিখ সহ স্বাক্ষর করে অবশ্যই সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের নিকট পাঠাতে হবে। সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের সাথে যোগাযোগের বিবরণটি নিচে দেওয়া হয়েছে।

উদ্দেশ্য

ফার্স্ট স্টেপস SPOE _____ নিম্নলিখিত ব্যক্তি/সংস্থার সাথে যোগাযোগ করতে পারে:

ব্যক্তি/সংস্থার নাম

ঠিকানা/ফোন নম্বর

আমার সন্তান এবং পরিবার সম্পর্কে তথ্য হতে পারে: (একটিতে টিক দিন)

- ফার্স্ট স্টেপস SPOE এবং বাইরের ব্যক্তি/সংস্থার মধ্যে শেয়ার করা
- বাইরের ব্যক্তি/সংস্থা থেকে অনুরোধকৃত
- ফার্স্ট স্টেপস SPOE থেকে বাইরের ব্যক্তি/সংস্থার নিকট প্রকাশ

এই যোগাযোগের উদ্দেশ্য হল সহায়তা করা:

- ফার্স্ট স্টেপসের জন্য যোগ্যতা নির্ণয়
- একটি ইন্ডিভিজুয়ালাইজড ফ্যামিলি সার্ভিস প্ল্যান (IFSP) এর বিকাশ
- শিশুর পরিষেবা এবং অগ্রগতি
- শৈশবের বিশেষ শিক্ষায় রূপান্তর (ECSE)
- অন্যান্য: _____

তথ্যের ধরণ

অনুরোধকৃত বা শেয়ার করা তথ্যের ধরণ

- শিশুর সম্পূর্ণ দ্রুত হস্তক্ষেপের (আর্লি ইন্টারভেনশন) রেকর্ড

অথবা নিচের নির্দিষ্ট রেকর্ডগুলি নির্দেশ করুন:

- স্বাস্থ্য ও চিকিৎসা রেকর্ড নির্দিষ্ট করুন: _____
- IFSP
- ম্যাময়ন এবং নিরূপণ রিপোর্ট। নির্দিষ্ট করুন: _____
- প্রদানকারীর অগ্রগতি নোটস
- ECSE যোগ্যতা নথিপত্র
- ফার্স্ট স্টেপস যোগ্যতা অজানা থাকলে ডাইরেক্টরি ইনফরমেশন
- ফার্স্ট স্টেপসে সুপারিশের তারিখ (_____) তৃতীয় জন্মদিনের 90 দিন আগে? হ্যাঁ না
- অন্যান্য: _____

প্রাথমিক ও মাধ্যমিক শিক্ষা বিভাগ তার কার্যক্রম এবং কার্যকলাপগুলিতে জাতি, বর্ণ, ধর্ম, লিঙ্গ, জাতীয়তা, জাতীগত বংশোদ্ভূত, বয়স, বা অক্ষমতার ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রাথমিক ও মাধ্যমিক শিক্ষা বিভাগ এবং পরিষেবা, কার্যকলাপ, ও সুবিধাগুলির অবস্থান সংক্রান্ত অনুসন্ধানগুলি যা প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের দ্বারা ব্যবহারযোগ্য, জেফারসন স্টেট অফিস বিল্ডিং, জেনারেল কাউন্সিল অফিস, কোর্ডিনেটর - সিভিল রাইটস কমপ্ল্যায়েন্স (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6ষ্ঠ 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@dese.mo.gov প্রেরণ করা যেতে পারে।

শিশুর নাম	জন্ম তারিখ
সম্মতির শর্ত	
<p>এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি বুঝি যে:</p> <ul style="list-style-type: none"> শেয়ার করা বা প্রাপ্ত করা তথ্যের প্রতিলিপি করতে এবং পরীক্ষা করার অধিকার রয়েছে। কোন ব্যক্তি/সংস্থার থেকে প্রাপ্ত তথ্য শিশুর দ্রুত হস্তক্ষেপের অংশ হয়ে যায়। ফার্স্ট স্টেপসে প্রেরিত কোন রেকর্ড ফ্যামিলি এডুকেশন রাইটস অ্যান্ড প্রাইভেসি অ্যাক্ট (FERPA) দ্বারা অনুমতির পরিপ্রেক্ষিতে ফার্স্ট স্টেপস কর্তৃক পুনঃপ্রকাশিত হবে। যদি আমি চিকিৎসাগত তথ্য অনুরোধে সম্মতি না দিই, ফার্স্ট স্টেপস SPOE উপলব্ধ তথ্যের ভিত্তিতে যোগ্যতা এবং/অথবা পরিষেবা নির্ধারণ করবে। যদি আমার সন্তান ফার্স্ট স্টেপস কর্মসূচিতে অংশগ্রহণের যোগ্য হয়, এমন কি আমি তথ্য প্রকাশের অনুমতি না দিলেও আমি পরিষেবাগুলিতে নথিভুক্ত হতে এবং পরিষেবাগুলি প্রাপ্ত করব। প্রকাশিত তথ্যের মধ্যে জেনেটিক পরীক্ষা, মানসিক স্বাস্থ্য সেবা, অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে অ্যাকোয়ার্ড ইমিউন ডেফিসিয়েন্সি সিনড্রোম (AIDS), হিউম্যান ইমিউন ডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস (HIV), বা মাদকাসক্তির জন্য চিকিৎসা। আমার যে কোন সময় এই প্রকাশের অনুমতি ফিরিয়ে নেবার অধিকার রয়েছে। আমি বুঝেছি যে যদি আমি এই প্রকাশের অনুমতি ফিরিয়ে নিই, আমাকে সেটি অবশ্যই লিখিত আকারে দিতে হবে এবং এই প্রকাশ ফিরিয়ে নেবার আমার লিখিত বিবৃতিটি সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের নিকট উপস্থিত করতে হবে। আমি আরো বুঝেছি যে এই প্রকাশ ফিরিয়ে নেবার আগে, এই প্রকাশের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গ্রহণ করা পদক্ষেপ, প্রভাবিত হবে না। 	
এই তথ্যের প্রকাশ আমার সন্তানের ফার্স্ট স্টেপস পরিষেবাগুলি আর না করা পর্যন্ত কার্যকর থাকবে যদি না আমি মেয়েদ উত্তীর্ণ হবার তারিখ নির্দিষ্ট করে থাকি।	মেয়েদ উত্তীর্ণের তারিখ
সম্মতি	
আমি বুঝেছি, এই ফর্মে স্বাক্ষর করার দ্বারা, আমি এই ফর্মে নির্দিষ্ট করা তথ্য অনুরোধ বা শেয়ার করতে স্বেচ্ছামূলকভাবে আমি আমার সম্মতি দিচ্ছি।	
পিতামাতার স্বাক্ষর	পিতামাতার স্বাক্ষরের তারিখ
পিতামাতার লিখিত নাম	
সার্ভিস কো-অর্ডিনেটর	
সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের নাম	সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরের ফোন নম্বর
সংস্থার নাম ও ঠিকানা	সংস্থার ফ্যাক্স নম্বর
কেবলমাত্র SPOE এর ব্যবহারের জন্য	
সংস্থার প্রতিনিধির স্বাক্ষর	সংস্থার প্রাপ্তির তারিখ