

**নিউ ইয়র্ক স্টেট 21 শতকের কমিউনিটি লার্নিং সেন্টার (Century Community Learning Centers, CCLC)  
[প্রোগ্রামের নাম] তালিকাভুক্তি ফর্ম [শিক্ষাবর্ষ]**

|   |  |  |         |  |
|---|--|--|---------|--|
| শিশুর ছবি<br>(ঐচ্ছিক)   | শিক্ষার্থীর পুরো নাম:<br>পছন্দের নাম:  | জন্ম তারিখ:  | লিঙ্গ:  |  |
|   | শিক্ষার্থীর বাড়ির ঠিকানা:   |  |         |  |
|   | বাড়ির ফোন:  | বাড়িতে যে ভাষায় (ভাষাগুলিতে) কথা বলা হয়:  |         |  |
|   | জাতি/জাতিগত গোষ্ঠী: <input type="checkbox"/> আমেরিকান ভারতীয়/আলাস্কা স্থানীয় বাসিন্দা <input type="checkbox"/> কৃষাপ বা আফ্রিকান আমেরিকান<br><input type="checkbox"/> হিস্পানিক বা ল্যাটিনো <input type="checkbox"/> এশিয়ান <input type="checkbox"/> শ্বেতাঙ্গ <input type="checkbox"/> স্থানীয় হাওয়াইয়ান/প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী<br><input type="checkbox"/> দুই বা ততোধিক জাতি <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ |  |         |  |
|   | শিক্ষার্থীর ID নম্বর (প্রোগ্রামের মাধ্যমে সম্পন্ন করতে হবে): <input type="checkbox"/> NYSED ID <input type="checkbox"/> ডিস্ট্রিক্ট।   | যে স্কুলে পড়াশুনা করে:  | শ্রেণী: |  |
|   | শিক্ষার্থীর প্রাথমিক শিক্ষক (শুধুমাত্র 1ম-5ম শ্রেণীর শিক্ষার্থীদের জন্য প্রয়োজনীয়) প্রযোজ্য না হলে প্রযোজ্য নয় উল্লেখ করুন  |  |         |  |
|   | শিক্ষার্থীকে তালিকাভুক্তকারী ব্যক্তির<br>ব্যক্তির নাম:   | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:<br><input type="checkbox"/> পিতামাতা <input type="checkbox"/> অভিভাবক <input type="checkbox"/> তত্ত্বাবধায়ক <input type="checkbox"/> আত্মীয়<br><input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ |         |  |
| শিক্ষার্থীকে তালিকাভুক্তকারী ব্যক্তির ঠিকানা (যদি শিক্ষার্থীর চেয়ে আলাদা হয়): |  |  |         |  |
| শিক্ষার্থীর তালিকাভুক্ত শিক্ষার্থীকে তালিকাভুক্তকারী ব্যক্তির:<br>ইমেইল:        |  |  |         |  |

| আপৎকালীন পরিস্থিতিতে যোগাযোগকারী<br>ব্যক্তিদের নাম | সাথে করে নিয়ে যাবার<br>জন্য অনুমোদিত                      | প্রাথমিক ফোন<br>নম্বর | অন্যান্য ফোন নম্বর/ইমেইল |
|--|--|-----------------------|--------------------------|
| মুখ্য যোগাযোগকারী ব্যক্তি:                         | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |                       |                          |
| মুখ্য যোগাযোগকারী ব্যক্তি:                         | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |                       |                          |
| গৌণ যোগাযোগকারী ব্যক্তি:                           | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |                       |                          |

**ছুটি হওয়ার পর শিক্ষার্থীকে যেতে দেওয়া**

|  |      |                           |
|--|------|---------------------------|
| আমি আমার সন্তানকে ছুটি হওয়ার পর একা যাওয়ার অনুমতি দিচ্ছি: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না |      |                           |
| যদি না হয়, আমার সন্তানকে আমি বা নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের মধ্যে কেউ একজন স্কুল ছুটি হওয়ার পর নিয়ে যাবে:                 |      |                           |
| নাম:   | ফোন: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |
| নাম:   | ফোন: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |

আমার সন্তানকে নিম্নলিখিত যেসব ব্যক্তিদের সাথে নাও পাঠানো যেতে পারে:

|      |                           |
|------|---------------------------|
| নাম: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |
| নাম: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |
| নাম: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |

**আপৎকালীন চিকিৎসার পরিস্থিতিতে শিক্ষার্থীকে ছেড়ে দেওয়া**

আপৎকালীন পরিস্থিতিতে যদি আমি উপলব্ধ না থাকি, তাহলে আমার সন্তানকে নিম্নলিখিত ব্যক্তিদের মধ্যে একজনের কাছে ছেড়ে দেওয়া যেতে পারে:

|      |      |                           |
|------|------|---------------------------|
| নাম: | ফোন: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |
| নাম: | ফোন: | শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: |

## শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য বিবরণ

সমস্ত তথ্য গোপনীয় এবং শিক্ষার্থীদের নিরাপত্তা নিশ্চিত করতে প্রোগ্রামের কর্মীরা ব্যবহার করে।

আপনার সন্তানের কি নিম্নলিখিত রোগগুলির মধ্যে কোনও একটি আছে?

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| অ্যালার্জি           | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে শিশুর কোন বিষয়ে অ্যালার্জি আছে তা তালিকাভুক্ত করুন:<br><br>যদি হ্যাঁ হয়, আপনার সন্তানের কি এপিপেন প্রয়োজন হয়/ব্যবহার করে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ* <input type="checkbox"/> না   |
| হাঁপানি              | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | যদি হ্যাঁ হয়, আপনার শিশু কি তার হাঁপানির জন্য ইনহেলার বা অন্য ওষুধ ব্যবহার করে?<br><input type="checkbox"/> হ্যাঁ* <input type="checkbox"/> না  |
| ডায়াবেটিস           | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | যদি হ্যাঁ হয়, আপনার সন্তানের কি ওষুধ বা রক্তে শর্করার পরিমাণ পর্যবেক্ষণ করা প্রয়োজন?<br><input type="checkbox"/> হ্যাঁ* <input type="checkbox"/> না<br>যদি হ্যাঁ হয়, আপনার সন্তানের কি গ্লুকাগনের প্রেসক্রিপশন আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ* <input type="checkbox"/> না |
| খিঁচুনি রোগ          | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | যদি হ্যাঁ হয়, আপনার সন্তানের কি খিঁচুনি প্রতিরোধ বা চিকিৎসার জন্য ওষুধের প্রয়োজন হয়?<br><input type="checkbox"/> হ্যাঁ* <input type="checkbox"/> না   |
| দৃষ্টিশক্তি ক্লাস    | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | যদি হ্যাঁ হয়, এবং আপনার সন্তানের স্কুলে চশমা বা কন্ট্যাক্ট লেন্স পরা ছাড়া অন্যান্য সাহায্যের প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন:  |
| কানে শোনার স্থিতি    | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | যদি হ্যাঁ হয়, এবং আপনার সন্তানের স্কুলে শ্রবণযন্ত্র পরা ছাড়া অন্যান্য সাহায্যের প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন:   |
| শ্রবণশক্তি ক্লাস     | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  | আপনার সন্তান কি কোনো সীমাবদ্ধতা ছাড়াই স্কুলে শারীরিক শিক্ষা ক্লাসে অংশগ্রহণ করতে পারবে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না<br>যদি না হয়, অনুগ্রহ করে তার কার্যকলাপের সীমাবদ্ধতা তালিকাভুক্ত করুন:  |
| অন্যান্য ওষুধ (গুলি) | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ* <input type="checkbox"/> না | যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে তালিকা করুন:  |

আপনার সন্তানের কি ডায়েটের প্রয়োজনীয়তা, অন্যান্য স্বাস্থ্যগত প্রয়োজনীয়তা, বা আচরণগত/আবেগজনিত প্রয়োজনীয়তা আছে?  
যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন:

\*অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন প্রোগ্রামে নেওয়া বা দেওয়া ওষুধের জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের লিখিত সম্মতি এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নির্দেশের প্রয়োজন হবে। বিস্তারিত জানার জন্য অনুগ্রহ করে প্রোগ্রাম ডিরেক্টর/সাইট কোঅর্ডিনেটরের সাথে কথা বলুন।

## চুক্তি

আমি আমার সন্তানকে 21তম CCLC প্রোগ্রামে নথিভুক্ত করার এবং অংশগ্রহণ করার অনুমতি দিচ্ছি  হ্যাঁ  না

আমি বুঝেছি যে নিম্নলিখিত চুক্তি এবং সম্মতি 21তম CCLC প্রোগ্রামে অংশগ্রহণের জন্য **অনুমোদনের পূর্ব শর্ত নয়**।  হ্যাঁ  না

আমি আমার সন্তানের আপেক্ষিক চিকিৎসায় সম্মতি দিচ্ছি  হ্যাঁ  না

আমি আমার সন্তানের হয়ে সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ, উদ্ধৃতি ব্যবহার, এবং ফটোগ্রাফ, সিনেমা, বা ভিডিও টেপ \ [প্রোগ্রামের নাম] দ্বারা ব্যবহারের জন্য সম্মত হচ্ছি। আমি মুদ্রণ, ইন্টারনেটে এবং অন্যান্য সমস্ত ধরনের মিডিয়া সহ অলাভজনক উদ্দেশ্যে উল্লিখিত পণ্য সম্পাদনা, ব্যবহার এবং পুনঃব্যবহারের অধিকারও [প্রোগ্রামের নাম] প্রদান করছি। আমি এতদ্বারা [প্রোগ্রামের নাম] এবং এর এজেন্ট এবং কর্মচারীদের উপরোক্ত বিষয়গুলির সাথে সম্পর্কিত সমস্ত অধিকার, দাবি এবং বাধ্যবাধকতা থেকে মুক্তি দিচ্ছি।  হ্যাঁ  না

আমি আমার সন্তানের হয়ে, প্রোগ্রাম সাইট থেকে দূরে, তত্ত্বাবধানের মাধ্যমে ফিল্ড ট্রিপে অংশ নিতে সম্মতি দিচ্ছি।  হ্যাঁ  না

আমি বুঝতে পারছি যে প্রোগ্রামে পরিবহন, ওষুধ, তথ্য প্রকাশ এবং ফিল্ড ট্রিপের মতো পরিস্থিতিতে অতিরিক্ত অনুমতির প্রয়োজন হতে পারে।  হ্যাঁ  না

আমি আমার সন্তানের নিরাপত্তায় সহায়তা করার জন্য প্রোগ্রামে আমার সন্তানের বিশেষ চাহিদার তথ্য দিয়েছি।  হ্যাঁ  না

আমি বুঝতে পারছি যে আমার সন্তানের শিক্ষাগত সুবিধার জন্য আমার সন্তানের বিশেষ শিক্ষার প্রয়োজনীয়তা সম্পর্কিত তথ্য আমার সন্তানের স্কুল নথিভুক্তির মাধ্যমে 21 তম CCLC প্রোগ্রামের কর্মীদের সাথে জানার প্রয়োজনে শেয়ার করা হবে  হ্যাঁ  না

আমি এই তথ্য পর্যালোচনা এবং আপডেট করতে সম্মত হয়েছি যখনই কোনো পরিবর্তন হবে এবং অন্তত প্রতি বছরে একবার করে।  হ্যাঁ  না

আমি আমার সন্তানের অগ্রগতি এবং 21 তম CCLC প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ সম্পর্কে প্রোগ্রাম কর্মীদের সাথে কথা বলতে সম্মত।  হ্যাঁ  না

যদি কোনো সময়ে আমি আমার সন্তানের অংশগ্রহণ (যে কোনো বা সমস্ত দিক) সম্পর্কে আমার মন পরিবর্তন করি, আমি সাইট সমন্বয়কারীর সাথে যোগাযোগ করব।  হ্যাঁ  না

## শিক্ষার্থীর তথ্যের প্রয়োজনীয়তা এবং সমীক্ষা/সাক্ষাৎকারের সম্মতি

আমি বুঝতে পারছি যে স্থানীয় 21শতাব্দী কমিউনিটি লার্নিং সেন্টার (21st CCLC) প্রোগ্রামের গুণমান ও বাস্তবায়ন পরিমাপ ও মূল্যায়ন করতে আমার সন্তানের শিক্ষাগত, আচরণগত, উপস্থিতি, এবং ব্যস্ততার তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেট শিক্ষা বিভাগ (New York State Education Department) এবং এর আইনানুগ চুক্তিকারী ব্যক্তির সাথে শেয়ার করা হবে। পাশাপাশি শিক্ষার্থীদের বৃদ্ধিতে সহায়তা করার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটের কার্যকারিতা, শিরোনাম IV, পার্ট B-এর এভরি স্টুডেন্ট সাকসেডস অ্যাক্ট (Every Student Succeeds Act, ESSA) দ্বারা প্রয়োজনীয় [সাধারণত ধারা 4205 (b) এবং 4203 (14) দেখুন]।

আমি বুঝেছি যে আমার সন্তান এবং আমাকে 21 তম CCLC প্রোগ্রাম এবং এর প্রভাব সম্পর্কে সমীক্ষা এবং/অথবা সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ করতে বলা হতে পারে। আপনি যদি যোগদান করতে না চান চান এবং সমীক্ষা এবং/অথবা সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ করতে না চান তবে শুধুমাত্র নিম্নলিখিত বাস্তব টিক দিন।

নীচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রত্যয়িত করছি যে উপরে উল্লিখিত সমস্ত তথ্য আমার জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং সঠিক।

পিতা-মাতা/সম্পর্কিত ব্যক্তি/অভিভাবকের নাম:

পিতা-মাতা/সম্পর্কিত ব্যক্তি/অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষরের তারিখ