

নিউ ইয়র্ক স্টেট
শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
অন্ধ কমিশন
গোপনীয় তথ্যের প্রকাশ

গ্রাহকের নাম: _____

সনাক্তকরণ সংখ্যা: _____

এতদ্বারা আমি নিউ ইয়র্ক স্টেটের অন্ধ কমিশনকে (New York State Commission for the Blind, NYSCB) আমাকে বৃত্তিমূলক পুনর্বাসনের জন্য কার্যকরী পরিকল্পনা এবং প্রদান করার জন্য প্রয়োজন অনুসারে নিম্নলিখিত তথ্য নেয়া বা প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। ইতিমধ্যেই আমার অনুমতি নেয়া না থাকলে আমি আর তথ্য দিতে চাই না জানিয়ে NYSCB-কে লিখিতভাবে জানিয়ে এই প্রকাশ সম্পর্কে আমি আমার সিদ্ধান্ত বদলাতে পারি। ____ / ____ / ____ পর্যন্ত এই তথ্য প্রকাশ বা পাবার ক্ষেত্রে আমার অনুমতি বৈধ থাকবে এবং এই ফরমটি আমি যেদিন স্বাক্ষর করব সেই দিন থেকে এক বছরের বেশি বর্ধিত হবে না। যদি NYSCB আমার কেস বন্ধ করে দেয় তাহলে এই অনুমতিও শেষ হয়ে যাবে।

তথ্যের ধরণ:

তথ্যের উদ্দেশ্য ও কারণ প্রয়োজন:

যে ব্যক্তি এই তথ্য প্রকাশ করছেন:

পদ:		
নাম:	পদবি:	
রাস্তা:	সুইট/অ্যাপার্টমেন্ট:	
শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
এজেন্সি:		

যে ব্যক্তি এই তথ্য পাচ্ছেন:

পদ:		
নাম:	পদবি:	
রাস্তা:	সুইট/অ্যাপার্টমেন্ট:	
শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
এজেন্সি:		

আমি বুঝেছি যে নির্দিষ্ট করা তথ্য আমার পুনর্বাসনের প্রকল্পের সঙ্গে যুক্ত এজেন্সি বা কেন্দ্রের কর্মীদের একচেটিয়া ব্যবহারের জন্য ও গোপনীয়।