

নিউ ইয়র্ক স্টেট

শিশু ও পরিবার সেবা অফিস (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

প্রতিপালনকারী / দত্তক-গ্রহীতা আবেদনকারী
চিকিৎসাগত রিপোর্ট (প্রথম অংশ)

নির্দেশাবলী:

আবেদনকারী: এই ফর্মের তিনটি বিভাগ আছে। **বিভাগ 1** আবেদনকারীকে সম্পূর্ণ করতে হবে। **বিভাগ 2** সংস্থা দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে। **বিভাগ 3** একজন চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, সম্পাদনাকারী নার্স, বা আবেদনকারীর জন্য অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা সম্পাদনাকারী দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে।

আশ্রয় সন্ধানকারী: এই ফর্মটি সেইসব রোগীদের জন্য ব্যবহার করা হবে যারা বিবাহিত হয়। আবেদনকারী(দের) ফর্ম প্রদান করার আগে **বিভাগ 2** সম্পূর্ণ করুন। প্রতি আবেদনকারীকে একটি মাত্র ফর্ম প্রদান করুন।

অংশ 1 - বিভাগ 1: আবেদনকারীর তথ্য		
আবেদনকারীর নাম		
পদবি, নাম, মাঝের আদ্যক্ষর:	জন্ম তারিখ: / /	টেলিফোন নম্বর: () -
আবেদনকারীর ঠিকানা:		
আমি এতদ্বারা আমার চিকিৎসককে নীচের নাম দেওয়া সংস্থাকে নিম্নলিখিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুরোধ ও অনুমোদন করছি। আবেদনকারীর স্বাক্ষর: X		
নিউ ইয়র্ক স্টেটের প্রবিধান অনুযায়ী, এজেন্সিকে পরিবারের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত একটি চিকিৎসাগত রিপোর্ট পেতে হবে। এই ধরনের রিপোর্টে অবশ্যই আবেদনকারীর একটি শারীরিক পরীক্ষা থাকতে হবে, আর আবেদন প্রত্যয়ন বা অনুমোদনের জন্য প্রত্যয়নকারী বা অনুমোদনকারী সংস্থার কাছে জমা দেওয়া রিপোর্টটি যেন জমা দেওয়ার তারিখের এক বছরের বেশি না হয়।		
অংশ 1 - বিভাগ 2: এজেন্সির তথ্য		
এজেন্সির নাম:		
এজেন্সির ঠিকানা:		
এজেন্সির যোগাযোগ (নাম এবং ফোন নম্বর):		
অংশ 1 - বিভাগ 3: প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য একজন চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, সম্পাদনাকারী নার্স বা অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা সম্পাদনাকারী দ্বারা সম্পূর্ণ করা।		
অনুগ্রহ করে আপনার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে নিম্নলিখিতগুলির প্রত্যেকটির উত্তর দিন:		
শারীরিক পরীক্ষার তারিখ: / /		
এমন কোন দীর্ঘস্থায়ী বা গুরুতর ডিসঅর্ডার বা অসুখ আছে কি, যার জন্য সেই ব্যক্তিটি চিকিৎসা গ্রহণ করেছে বা করছে, যা তার প্রতিপালন / দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) উপযুক্ত পরিচর্যাকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		
এই ব্যক্তিটি বর্তমানে এমন ওষুধ গ্রহণ করছেন কি, যা তার প্রতিপালন / দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) উপযুক্ত পরিচর্যাকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		
আপনি বা আপনার চিকিৎসা সংস্থা কখনও এই ব্যক্তিকে মদ/মাদক পদার্থ ব্যবহারের কারণে চিকিৎসার জন্য রেফার করেছেন কি?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন এবং নির্দেশ করুন যে তারিখে রেফারেলগুলি করা হয়েছিল।		
ব্যক্তিটির কোনো সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা আছে কি, যা তার প্রতিপালন / দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) উপযুক্ত পরিচর্যাকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		
ব্যক্তিটির এমন কোনো শারীরিক বা মানসিক অসুখ আছে কি, যা তার প্রতিপালন / দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) উপযুক্ত পরিচর্যাকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		

কোনো চিহ্নিত কষ্টদায়ক পরিস্থিতির উপস্থিতি কি প্রতিপালন /দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) স্বাস্থ্য ও না হ্যাঁ*
নিরাপত্তার জন্য ঝুঁকি তৈরি করতে পারে?

*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।

অনুসন্ধান

উপরে বর্ণিত আমার অনুসন্ধান এবং ব্যক্তি সম্পর্কে আমার জ্ঞানের ভিত্তিতে, আমি দেখতে পেয়েছি যে উপরে তালিকাভুক্ত ব্যক্তি হল:

- শারীরিক ও মানসিকভাবে কোনো বিধিনিষেধ ছাড়াই প্রতিপালন করা/দত্তক নেওয়া শিশু(দের)-কে পর্যাপ্ত পরিচর্যা করতে সক্ষম।
- শারীরিক এবং মানসিকভাবে নিম্নলিখিত বিধিনিষেধ বা সহায়তা সহ প্রতিপালন করা/দত্তক নেওয়া শিশু(দের)-কে পর্যাপ্ত পরিচর্যা করতে সক্ষম:
- প্রতিপালন করা/দত্তক নেওয়া শিশু(দের)-কে পর্যাপ্ত পরিচর্যা করতে শারীরিকভাবে সক্ষম নয়। ব্যাখ্যা করুন:
- প্রতিপালন করা/দত্তক নেওয়া শিশু(দের)-কে পর্যাপ্ত পরিচর্যা করতে মানসিকভাবে সক্ষম নয়। ব্যাখ্যা করুন:

যদি ব্যক্তি একজন দত্তক-গ্রহণের আবেদনকারী হয়, তাহলে উপরে বর্ণিত আমার অনুসন্ধান এবং ব্যক্তি সম্পর্কে আমার জ্ঞানের ভিত্তিতে, আমি দেখতে পাই যে উপরে তালিকাভুক্ত ব্যক্তি: এমন শারীরিক অবস্থায় **আছেন** **নেই** যে তাদের শিশু(দের) বয়ঃপ্রাপ্তি পর্যন্ত বাঁচার আশা করা যুক্তিসঙ্গত হবে এবং বাবা-মার দায়িত্ব পালনের জন্য প্রয়োজনীয় শক্তি এবং অন্যান্য ক্ষমতা থাকবে।

চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর:

X

টেলিফোন নম্বর:

() -

স্বাক্ষরের তারিখ:

/ /

চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর:

চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদানকারীর ঠিকানা:

**কেবলমাত্র
NYC:**

NPI #:

লাইসেন্স #:

ডাক্তার বা ক্লিনিকের ছাপ:

সম্পূর্ণ করা রিপোর্টটি বিভাগ 2 -এ বর্ণিত এজেন্ডা যোগাযোগ-এর কাছে ফেরত দিন।

নিউ ইয়র্ক স্টেট

শিশু ও পরিবার সেবা অফিস (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

পরিবারের সদস্যদের মেডিকেল রিপোর্ট (পর্ব দুই)

নির্দেশাবলী:

আবেদনকারী(রা): এই ফর্মের তিনটি বিভাগ আছে। পরিবারের সদস্যের বয়স 18 বছরের কম হলে আবেদনকারীর দ্বারা অথবা 18 বছর বা তার বেশি বয়স হলে পরিবারের সদস্যদের দ্বারা **বিভাগ 1** সম্পূর্ণ করতে হবে। **বিভাগ 2** সংস্থা দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে। **বিভাগ 3** একজন চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, সম্পাদনাকারী নার্স, বা পরিবারের প্রতিটি সদস্যের জন্য অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা সম্পাদনাকারী দ্বারা সম্পন্ন করতে হবে।

আশ্রয় সন্ধানকারী: এই ফর্মটি সেইসব রোগীদের জন্য ব্যবহার করা হবে যারা বিবাহিত হয়। আবেদনকারীকে ফর্ম প্রদান করার আগে **বিভাগ 2** সম্পূর্ণ করুন। প্রতি পরিবার সদস্য পিছু একটি ফর্ম প্রদান করুন।

অংশ 2 - বিভাগ 1: পরিবারের সদস্যদের তথ্য		
পদবি, নাম, মাঝের আদ্যক্ষর:	জন্ম তারিখ: / /	টেলিফোন নম্বর: () -
আবেদনকারী(দের) নাম:	আবেদনকারী(দের) সাথে সম্পর্ক:	
আবেদনকারী(দের) ঠিকানা:		
আমি এতদ্বারা আমার চিকিৎসককে নীচের নাম দেওয়া সংস্থাকে নিম্নলিখিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুরোধ ও অনুমোদন করছি।		
পরিবারের সদস্য বা পিতামাতা/অভিভাবক যদি পরিবারের সদস্যের বয়স 18 বছরের কম হয় স্বাক্ষর:		তারিখ: / /
X		
উপরে নাম দ্বারা উক্ত ব্যক্তি(গণ) এমন ব্যক্তি(দের) বাড়িতে বসবাস করছেন যিনি একজন শিশু(দের) পরিপালন করতে বা দত্তক নিতে চাইছেন। নিউ ইয়র্ক রাজ্যের প্রবিধান অনুযায়ী, এজেন্সিকে পরিবারের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত একটি চিকিৎসাগত রিপোর্ট পেতে হবে। এই ধরনের রিপোর্টে অবশ্যই দেখাতে হবে যে পরিবারের প্রতিটি সদস্যের ভালো শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্য রয়েছে এবং তারা সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা থেকে মুক্ত।		

অংশ 2 - বিভাগ 2: এজেন্সির তথ্য
এজেন্সির নাম:
এজেন্সির ঠিকানা:
এজেন্সির যোগাযোগ (নাম এবং ফোন নম্বর):

অংশ 2 - বিভাগ 3: একজন চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, সম্পাদনাকারী নার্স বা অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা দ্বারা সম্পন্ন করা একজন আবেদনকারীর পরিবারের প্রতিটি সদস্যের জন্য সম্পাদনাকারী।		
ব্যক্তির কোনো সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা আছে কি, যা তার প্রতিপালন/দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) উপযুক্ত পরিচর্যাকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		
ব্যক্তির এমন কোনো শারীরিক বা মানসিক অসুখ আছে কি, যা তার প্রতিপালন/দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) উপযুক্ত পরিচর্যাকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		
কোনো চিহ্নিত কষ্টদায়ক পরিস্থিতির উপস্থিতি কি প্রতিপালন/দত্তক নেওয়া শিশুর(দের) স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার জন্য ঝুঁকি তৈরি করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ*
*যদি হ্যাঁ হয়, তবে অনুগ্রহ করে একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।		
চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর:	টেলিফোন নম্বর: () -	স্বাক্ষরের তারিখ: / /
X		
চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর:		
চিকিৎসা পরিচর্যা প্রদানকারীর ঠিকানা:		

আবেদনকারী(দের) নাম:

কেবলমাত্র NYC:	NPI#:	লাইসেন্স #:
	ডাক্তার বা ক্লিনিকের স্ট্যাম্প:	
সম্পূর্ণ করা রিপোর্টটি বিভাগ 2 -এ বর্ণিত এজেন্সি যোগাযোগ-এর কাছে ফেরত দিন।		