

নিউ ইয়র্ক স্টেট

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

সম্পদ বৈশিষ্ট্য

নির্দেশাবলী:

আবেদনকারী(রা): নিচে সেইসব শিশুদের বৈশিষ্ট্য এবং আগ্রহ তালিকাভুক্ত করা হয়েছে, যাদের লালন-পালন/দত্তক নিয়োগের প্রয়োজন হতে পারে। অনুগ্রহ করে দেখুন যেগুলি আপনার পরিবার ইচ্ছুক এবং মানিয়ে নিতে সক্ষম হবে।

আবেদনকারী(দের) নাম:		
বৈশিষ্ট্য	না	হ্যাঁ
অন্যদের প্রতি হিংস্রতা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
সম্পত্তির প্রতি হিংস্রতা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিছানা ভেজানো বা এনকোপ্রেসিস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
দীর্ঘস্থায়ী মেডিকেল অবস্থা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
জটিল ওষুধের নিয়ম	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিকাশমূলক অক্ষমতা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
খাদ্যতালিকাগত বিধিনিষেধ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ঘন ঘন অ্যাপয়েন্টমেন্ট	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
দগু ক নেওয়ার লক্ষ্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
হালাল	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
আগুন লাগিয়ে ফেলার আচরণের ইতিহাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ঘন ঘন AWOL বা পালিয়ে যাওয়ার ইতিহাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ন্যায়বিচার জড়িত ইতিহাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
যৌন নির্যাতনের ইতিহাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
যৌন শোষণের ইতিহাস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ইন্টেলেকচুয়াল অক্ষমতা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
দৈনন্দিন জীবনযাত্রার কার্যকলাপের সাথে সমস্যা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
কোশার	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
লেসবিয়ান, সমকামী বা উভকামী (Lesbian, gay, or bisexual, LGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
একটি প্রতিবন্ধী-অ্যাক্সেসেবল সম্পদের জন্য প্রয়োজন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
একটি ধূমপান বিহীন সম্পদের জন্য প্রয়োজন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
কোনো পোষা প্রাণী ছাড়া একটি সম্পদের প্রয়োজন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
গর্ভবতী বা অভিভাবকত্ব	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
নিজেকে আঘাত করা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিশেষ শিক্ষার প্রয়োজন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
চিকিৎসা অবস্থার জন্য বিশেষ সরঞ্জাম	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
দ্রব্য ব্যবহার যাতে চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
অটিজমের লক্ষণ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ট্রান্সজেন্ডার বা জেন্ডার নন-কনফর্মিং (Transgender or gender non-conforming, TGNC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
মৌখিক হিংস্রতা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

আবেদনকারী(দের) নাম:

আগ্রহ	না	হ্যাঁ
চারু ও কারুশিল্প	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
রান্না/বেকিং	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
সিনেমা, ভিডিও গেম বা টেলিভিশন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
সঙ্গীত	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
আউটডোর অ্যাকটিভিটি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
শিল্পকলা প্রদর্শন করা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
পড়া/ক্রিয়েটিভ রাইটিং	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিজ্ঞান/গণিত	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
খেলাধুলা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রযুক্তি/ইঞ্জিনিয়ারিং	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

আবেদনকারীর স্বাক্ষর: X	তারিখ: / /
আবেদনকারীর স্বাক্ষর: X	তারিখ: / /