

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
কর্মচারী, স্বেচ্ছাসেবী ও গৃহস্থের কর্মীদের চিকিৎসা সংক্রান্ত বিবৃতি  
শিশুদের পরিচর্যা সম্পর্কিত প্রোগ্রাম (Child Care Programs)

## নির্দেশনা:

- এই ফর্মের উভয় দিকেই স্বাক্ষর করতে হবে। যদি কেবলমাত্র গৃহস্থের সদস্যের ভূমিকা পালন করে থাকেন তাহলে কেবলমাত্র এই পৃষ্ঠার সামনের দিকটি সম্পূর্ণ করুন।
- চিকিৎসাগত স্থিতি বিভাগটি কেবলমাত্র স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী (চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহযোগী, কর্মরত নার্স) পূরণ করবেন/ স্বাক্ষর করবেন।
- একজন নিবন্ধিত নার্স চিকিৎসাগত স্থিতি বিভাগটিতে স্বাক্ষর করার জন্য অনুমোদিত নয় তবে তিনি TB পরীক্ষা সংক্রান্ত তথ্যে স্বাক্ষর করতে পারেন।
- স্বাস্থ্য পরিচর্যার সাথে জড়িত কোনো পেশাদার ব্যক্তি একটি সমতুল্য ফর্ম ব্যবহার করতে পারেন যদি এই ফর্মে থাকা তথ্যগুলি তার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকে।
- এর পিছনের দিক থেকে টিউবারকুলিন পরীক্ষার সম্পর্কে অতিরিক্ত নির্দেশনা দেখে নিন।
- অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে লিখুন।

আমি নিশ্চিত করছি যে আমি এই নথিতে থাকা কোনো তথ্য নকল বা পরিবর্তন করিনি। আমি এই বিষয়ে অবগত যে নকল করা বা পরিবর্তিত নথি জমা দেওয়া হলে এবং/ অথবা দাখিল করা হলে তা বেআইনি বলে মান্য করা হতে পারে। ফৌজদারি আইনের আওতায় নিয়ে আসার সম্ভাবনার পাশাপাশি, যে কোনো প্রোগ্রামে এই জাতীয় নথি জমা দেওয়া হলে এবং/অথবা প্রক্রিয়াকরণ করা হলে সেই ক্ষেত্রে শিশু ও পরিবার পরিষেবার নিউইয়র্ক স্টেটের অফিস ক্ষতিপূরণ চাইতে পারে এবং/অথবা নিবন্ধীকরণের লাইসেন্স অথবা রেজিস্ট্রেশন বাতিল বা প্রত্যাহার করে নেওয়া হতে পারে।

প্রোগ্রামের নাম:	ফেসিলিটির ID নম্বর:
ব্যক্তির নাম:	জন্মতারিখ: / /

প্রোগ্রামের প্রকার:	ফ্যামিলি ডে কেয়ার, গ্রুপ ফ্যামিলি ডে কেয়ার, ছোট ডে কেয়ার সেন্টার	ডে কেয়ার সেন্টার, স্কুলে পড়ার বয়সী শিশুদের পরিচর্যা, আইনত অব্যাহতি প্রাপ্ত গ্রুপ প্রোগ্রাম	সকল প্রোগ্রামগুলি
ভূমিকা:	<input type="checkbox"/> প্রদানকারী <input type="checkbox"/> বিকল্প <input type="checkbox"/> সহযোগী <input type="checkbox"/> গৃহস্থের সদস্য (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> ডাইরেক্টর <input type="checkbox"/> গ্রুপের শিক্ষক <input type="checkbox"/> সহযোগী শিক্ষক	<input type="checkbox"/> কর্মচারী <input type="checkbox"/> স্বেচ্ছাসেবী

## শিশুর ডে কেয়ারে যে সকল দায়িত্ব সাধারণত পালন করতে হয়

- শিশুকে কোলে নেওয়া ও তাকে নিয়ে এদিক-ওদিক যাওয়া।
- গাড়ির চালক
- বিভিন্ন সুযোগ-সুবিধার রক্ষণাবেক্ষণ
- শিশুর কাছাকাছি থাকা
- খাবার প্রস্তুত করা
- জরুরি অবস্থায় শিশুকে বার করে আনা
- সরাসরি শিশুর তত্ত্বাবধান করা
- ডেস্কে কাজ করা

## নিম্নলিখিতগুলি কেবলমাত্র স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী পূরণ করবেন

## চিকিৎসাগত স্থিতি

আমার জ্ঞানত ওপরে উল্লেখিত ব্যক্তির মধ্যে, আমি এগুলি লক্ষ্য করেছি:			
তার মধ্যে সংক্রামক ব্যাধি রয়েছে যা পরিচর্যায় থাকা শিশুর স্বাস্থ্য ও সুরক্ষার ওপর ঝুঁকি আনতে পারে।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	
তার মধ্যে মানসিক বা আবেগজনিত ব্যাধি রয়েছে যা পরিচর্যায় থাকা শিশুর স্বাস্থ্য ও সুরক্ষার ওপর ঝুঁকি আনতে পারে।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	
তার শারীরিক অক্ষমতা রয়েছে, যার কারণে তার উপরে উল্লেখিত শিশুর ডে কেয়ারে যে সকল দায়িত্ব সাধারণত পালন করতে হয় তা করা যাওয়া উচিত নয়।	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> NA (যদি কেবলমাত্র স্বেচ্ছাসেবী বা গৃহস্থের সদস্যের ভূমিকা পালন করে)
যদি কোনোটির উত্তর "হ্যাঁ" হয়ে থাকে তাহলে কী কী প্রতিবন্ধকতা আছে তা স্পষ্টভাবে ব্যক্ত করুন এবং/অথবা উল্লেখ করুন:			

স্বাক্ষর (চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহযোগী, কর্মরত নার্স)

পদ

নাম (অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে লিখুন বা অফিস স্ট্যাম্প ব্যবহার করুন)

পরিষ্কার তারিখ

( ) -

/ /

ফোন

স্বাক্ষর তারিখ

(পিছনের পৃষ্ঠায় চপুন)

NEW YORK STATE  
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES  
কর্মচারী, স্বেচ্ছাসেবী ও গৃহস্থের কর্মীদের চিকিৎসা সংক্রান্ত বিবৃতি  
শিশুদের পরিচর্যা সম্পর্কিত প্রোগ্রাম (Child Care Programs)

প্রোগ্রামের নাম:
ব্যক্তির নাম:

ফেসিলিটির ID নম্বর:
জন্মতারিখ:

**নির্দেশনা:**

- একটি পরিবারভিত্তিক প্রোগ্রামের গৃহস্থের সদস্যদের এমন কোনো ভূমিকা পালন করতে হবে না যেখানে টিউবারকুলিন পরীক্ষা করার প্রয়োজন এবং এই পৃষ্ঠাটি তাদের পূরণ করতে হবে না। আইনত অব্যাহতিপ্রাপ্ত প্রোগ্রামে কোনো ভূমিকা পালনকারী কাউকেই এই টিউবারকুলিন পরীক্ষা করাতে হবে না।
- চিকিৎসার সাথে যুক্ত কোনো পেশাদার ব্যক্তি (চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহযোগী, কর্মরত নার্স) অথবা একজন নিবন্ধিত নার্স তার স্বাস্থ্য কেন্দ্রের দায়িত্বের অংশ হিসেবে, টিউবারকুলিন পরীক্ষার ফলাফল এই তথ্যের জায়গায় লিখতে পারেন ও এই পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করতে পারেন।
- গ্রহণযোগ্য টিউবারকুলিন পরীক্ষার মধ্যে রয়েছে মাল্টোক্র বা ফেডারেল কর্তৃক অনুমোদিত অন্যান্য টিউবারকুলিন পরীক্ষা।
- অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে লিখুন।

নিম্নলিখিতগুলি কেবলমাত্র চিকিৎসার সাথে যুক্ত কোনো পেশাদার ব্যক্তিকে দিয়ে পূরণ করাতে হবে

**টিউবারকুলিন সম্পর্কে পরীক্ষার তথ্য****পরীক্ষাটি সম্পূর্ণ হয়েছে**

যে তারিখে পরীক্ষাটি করা হয়েছে: / /  
(মাস / দিন / বছর)

পরীক্ষার ফলাফল:  ইতিবাচক  নেতিবাচক  মিস

যদি ইতিবাচক হয়, এই ব্যক্তিটি শিশু পরিচর্যা নিবন্ধিত যে শিশুর সংস্পর্শে এসেছিল তার কি স্বাস্থ্য সুরক্ষা জনিত কোনো ঝুঁকি আছে?

হ্যাঁ  না

**পরীক্ষাটি সম্পূর্ণ হয়নি**

পরীক্ষা করা হয়নি। কারণ উল্লেখ করুন: \_\_\_\_\_

চিকিৎসাগত অব্যাহতি বা প্রতিকূলতা

যদি পরীক্ষার ফলাফল পূর্বে ইতিবাচক হয়ে থাকে, সেই তারিখ উল্লেখ / /  
(মাস / দিন / বছর)

পূর্বে যদি ইতিবাচক হয়ে থাকে, তাহলে, এই ব্যক্তিটি শিশু পরিচর্যা নিবন্ধিত যে শিশুর সংস্পর্শে এসেছিল তার কি স্বাস্থ্য সুরক্ষা জনিত কোনো ঝুঁকি আছে?

হ্যাঁ  না

স্বাক্ষর (চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহযোগী, কর্মরত নার্স বা নিবন্ধিত নার্স)

নাম (অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে লিখুন বা অফিস স্ট্যাম্প ব্যবহার করুন)

পদ

( ) -

/ /

ফোন

তারিখ

**এই ফর্মটি ফেরত দেওয়ার প্রোগ্রামের নির্দেশনা:**

- GFDC/FDC প্রোগ্রাম**—এই পূরণ করা ফর্মটি আপনার লাইসেন্স প্রদানকারী বা রেজিস্ট্রারের কাছে জমা দিন।
- DCC/SACC প্রোগ্রামের ডাইরেক্টর**—এই পূরণ করা ফর্মটি আপনার লাইসেন্স প্রদানকারী বা রেজিস্ট্রারকে ফেরত দিন; অন্যান্য সকল কর্মচারীরা—এই ফর্মটি মূল্যায়নের দায়িত্বে থাকা ডিরেক্টরকে জমা দিন।
- আইনত অব্যাহতিপ্রাপ্ত গ্রুপ প্রোগ্রামের ডিরেক্টর**—এটি আপনাদের নিবন্ধিত এজেন্সিতে জমা দিন।
- আইনি অব্যাহতিপ্রাপ্ত প্রোগ্রামে যুক্ত কর্মচারী ও স্বেচ্ছাসেবক**—এই ফর্মটি আপনাদের ডিরেক্টরকে জমা দিন।