OCFS-4940-BN (06/2018)

নিউ ইয়র্ক স্টেটের
শিশু ও পরিবার পরিষেবাদির অফিস

অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তির মনোনয়ন

নিউ ইয়র্ক স্টেটের সাধারণ দায়বদ্ধতার আইনের ধারা 5-1551 অনুবর্তী।

1. আমি, _____, এতদ্বারা প্রত্যায়ন করছি যে আমি নিম্নলিখিত শিশুর/শিশুদের/অক্ষম ব্যক্তির(দের) পিতা বা মাতা এবং বর্তমানে কোনো বিচার ব্যবস্থায় এমন কোনো কার্যকর আদালতের আদেশ নেই যা আমাকে সেই ক্ষমতা ব্যবহার করা থেকে বঞ্চিত করতে পারে যার অনুমোদন এখন আমি চাই।

2. এই মনোনয়ন থাকাকালীন আমাকে যেখানে পাওয়া যাবে তার সক্রিয় ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর(গুলি) হল:

ঠিকানা: _____

_____

টেলিফোন: বাড়ি ( ) কর্মস্থল ( )

অন্যান্য ( ) _____

3. আমি অস্থায়ীভাবে _____, একজন আঠেরো বয়সোর্ধ্ব ব্যক্তিকে দায়িত্ব অর্পন করেছি যার বসবাসের ঠিকানা _____ _____ নিউ ইয়র্ক, _____ টেলিফোন নম্বর ( ) নিম্নলিখিত শিশুর/শিশুদের/অক্ষম ব্যক্তির(দের) পরিচর্যা:

নাম:	জন্ম তারিখ:
নাম:	জন্ম তারিখ:
নাম:	জন্ম তারিখ:
নাম:	জন্ম তারিখ:

4. এই ফর্ম অনুযায়ী অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তিকে মঞ্জুর করা কোনো কর্তৃত্ব বৈধ হবে (উপযুক্ত বক্সে টিক চিহ্ন দিয়ে নামের আদ্যক্ষর লিখুন):

☐ _____ a. এই মনোনয়ন স্বাক্ষর করার তারিখ থেকে 12 মাসের জন্য, অথবা রদ হওয়ার তারিখ পর্যন্ত, যেটি আগে হবে (সমস্ত পক্ষের ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বরগুলি অবশ্যই দিতে হবে এবং নোটারি পাবলিকের উপস্থিতিতে সমস্ত পক্ষকে স্বাক্ষর করতে হবে); অথবা

☐ _____ b. এই মনোনয়ন স্বাক্ষরের তারিখ থেকে 30 দিনের জন্য, অথবা রদ হওয়ার তারিখ পর্যন্ত, যেটি প্রথমে হবে; অথবা

☐ _____ c. শুরুর তারিখ ___/___/_____ (তারিখ) অবধি এবং সমেত ___/___/_____ (তারিখ), অথবা রদ হওয়ার তারিখ পর্যন্ত, যেটি প্রথমে হবে; অথবা

☐ _____ d. শুরু হয়েছে _____ (ইভেন্টটি বলুন) এবং এই _____ তারিখ পর্যন্ত অব্যাহত অথবা রদের তারিখ পর্যন্ত, যেটি প্রথমে ঘটে।

5. উপরে উল্লেখিত শিশুর/শিশুদের/অক্ষম ব্যক্তির(দের) নাম প্রসঙ্গে, অভিভাবকীয় সম্পর্কে উপরোক্ত ব্যক্তি নিম্নলিখিত বিষয়গুলিতে অনুমোদিত:
(যেগুলি প্রযোজ্য সেগুলিতে টিকচিহ্ন দিন)

☐ স্কুল রেকর্ডগুলির পর্যালোচনা
☐ স্কুলে নাম নথিভুক্তি
☐ স্কুল থেকে অনুপস্থিতির কারণ ব্যাখ্যা
☐ স্কুলের কর্মসূচি এবং/অথবা স্কুলের স্পনসর করা কার্যকলাপে অংশগ্রহণ করার সম্মতি
☐ স্কুল সম্পর্কিত চিকিৎসা পরিচর্যায় সম্মতি*
☐ হেলথ প্ল্যানগুলিতে নাম নথিভুক্তি
☐ টিকাকরণে সম্মতি*
☐ সাধারণ স্বাস্থ্য সেবায় সম্মতি*
☐ চিকিৎসা সংক্রান্ত পদ্ধতিগুলিতে সম্মতি*
☐ দাঁতের পরিচর্যায় সম্মতি
☐ উন্নয়নমূলক স্ক্রীনিংয়ে সম্মতি
☐ মানসিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা এবং/অথবা চিকিৎসায় সম্মতি

* যদি না জন স্বাস্থ্য আইন এর ধারা 2504 দ্বারা নিষিদ্ধ হয়।

উপরের কোনো অনুমোদন পরবর্তীতে পিতা বা মাতার বর্ণিত পরিস্থিতিগুলির দ্বারা সীমিত হতে পারে এবং সীমিত হলে, সেই সীমাবদ্ধতাগুলি নিম্নরূপ হবে (যেমন পিতা বা মাতা একটি মানসিক স্বাস্থ্য পরীক্ষায় সম্মতি দেওয়ার অনুমোদন মঞ্জুর করতে পারেন, তবে তা পরিস্থিতি সাপেক্ষ কারণ তাদের সঙ্গে টেলিফোনে বা অন্য কোনো বৈদ্যুতিক পদ্ধতিতে যোগাযোগ করা যাবে না)।

6. উপরন্তু সম্পাদন করা নয় এমন সম্পূর্ণ করা যেকোনো এবং সমস্ত স্বাস্থ্য, চিকিৎসা সংক্রান্ত, আর্থিক তথ্য এবং/অথবা যেকোনো তথ্য এবং রেকর্ড আমি অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তিকে অনুরোধ, গ্রহণ এবং পর্যালোচনার অনুমতি দিচ্ছি এবং সম্পূর্ণভাবে এবং অপরিমিতভাবে অ্যাক্সেস করার এবং অর্জন করার মঞ্জুরি দিচ্ছি, যা 45 CFR. §164.501 অনুযায়ী বর্ণিত এবং স্বতন্ত্রভাবে সনাক্ত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের গোপনীয়তার জন্য মানক (Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information) দ্বারা পরিচালিত, যেটি পাওয়া যায় 65 ফেড. রেজি. 82462-তে সুরক্ষিত ব্যক্তিগত রেকর্ড হিসাবে অথবা পক্ষান্তরে 1996 সালের স্বাস্থ্য বিমা বহনযোগ্যতা এবং দায়বদ্ধতা আইন (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) এর অধীনে আওতাভুক্ত, জনসাধারণের আইন (Public Law) 104-191 উপরে অনুচ্ছেদ 3-এ তালিকাভুক্ত প্রত্যেক শিশু/অক্ষম ব্যক্তিদের স্বার্থে। আমি বুঝেছি যে এই ধরনের স্বাস্থ্য এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ডগুলিতে থাকা তথ্যে যৌন বাহিত রোগ, অর্জিত ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি সিনড্রোম (acquired immunodeficiency syndrome, এইডস), এইডস-সম্পর্কিত কমপ্লেক্স (ARC) এবং হিউম্যান ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস (এইচআইভি), আচরণগত অথবা মানসিক স্বাস্থ্যের পরিষেবাদি, মদ এবং/অথবা মাদকের অপব্যবহার এবং/অথবা আসক্তির চিকিৎসা সম্পর্কিত রেকর্ড অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আমি এটাও বুঝেছি যে 45 CFR §164.524 এবং অন্যান্যতে যে তথ্য ব্যবহৃত হবে অথবা প্রকাশিত হবে তার হিসাবে প্রবেশাধিকার আমার থাকতে পারে এবং/অথবা তা পেতে পারি। আমি আরো বুঝেছি যে এই স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের প্রকাশে অনুমোদনের বিষয়টি ঐচ্ছিক; অর্থাৎ আমি এই অনুমোদনপত্র স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করতে পারি। আমি এটিও বুঝেছি যে এই তথ্য একবার প্রকাশিত হওয়া আবার তৃতীয় পক্ষগুলির দ্বারা অনুনমোদিতভাবে প্রকাশ হওয়ার সম্ভাবনা থাকে এবং এই ধরনের পরবর্তী প্রকাশনাগুলি HIPAA এর অধীনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে। পূর্বোক্ত ব্যক্তিগত এবং/অথবা সুরক্ষিত গোপনীয় তথ্য প্রকাশ করার জন্য প্রকাশক পক্ষকে রাজি করানোর বিষয়ে, আমি সবসময় এমন প্রকাশক পক্ষের কাছে অক্ষতিকারক বক্তব্যগুলি মুক্ত করবো এবং ধরে রাখবো যে কথিত প্রকাশনার পরিণতি হিসাবে HIPAA এর অধীনে উঠে আসা গোপনীয়তার নিয়মে কোনো দায়বদ্ধতা থেকে এই সরঞ্জামের উপর নির্ভর করে।

7. পিতা-মাতা এবং অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তিদের কাছে বিজ্ঞপ্তি: এই ফর্মের অনুবর্তী অনুমোদন পিতা বা মাতার মধ্যে একজনের দ্বারা রদ হওয়ার <u>আগে</u> পর্যন্ত অথবা উপরে অনুচ্ছেদ 4-এ নির্দিষ্ট তারিখ পর্যন্ত বৈধ। এই মনোনয়নে পিতা বা মাতার মধ্যে কেউ স্বাক্ষর করে থাকলে, ইচ্ছাপূর্বক এই ধরনের অনুমোদন রদ করতে পারেন এবং সেক্ষেত্রে এই ধরনের বাতিলকরণ সম্বন্ধে প্রাসঙ্গিক স্কুল এবং স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের জানাতে হবে। অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা একজন ব্যক্তি যিনি এই ধরণের বাতিলকরণের জন্য বিজ্ঞপ্তি পাচ্ছেন তাকে অবিলম্বে এমন যেকোনো স্কুল, স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী অথবা হেল্থ প্ল্যানে জানাতে হবে যেখানে এই উপবিভাগের অনুবর্তী অনুমোদনটি উপস্থাপন করা হয়েছে। অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তি অনুমোদন প্রাপ্তি অথবা বাতিলকরণ সম্বন্ধে জানাতে ব্যর্থ হলেও পিতা বা মাতার করা বাতিলকরণের বিজ্ঞপ্তিটি অকার্যকর হবে না।

এই অনুমোদনটি অস্থায়ী, তবে পিতা–মাতা(রা) পুনর্নবীকরণ করাতে পারেন। তবে, আইনি অভিভাবকত্ব নিয়োগ করতে বা কাস্টডি নির্ধারণ করতে পিতামাতা এবং দীর্ঘকাল অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তিদের পরিচর্যা-প্রদানের ব্যবস্থাপনাটি কোনো বিচার বিভাগীয় কার্যধারার মধ্য দিয়ে আরো স্থায়ীভাবে আইনি ব্যবস্থাপনা করার অনুরোধ করা হতে পারে।

দ্রষ্টব্য: নিচের সমস্ত স্বাক্ষরে নোটারি করা আবশ্যক যদি অনুমোদনের মেয়াদ 30 দিন অতিক্রম করে।

তারিখ: / / (পিতা বা মাতার স্বাক্ষর) _____

আমার সামনে শপথ নিয়েছেন

_____ দিন _____ 20 _____

নোটারি পাবলিক _____

8. আমি, _____, এখানে উল্লেখিত শিশুর/শিশুদের/অক্ষম ব্যক্তির(দের) আরেকজন পিতা বা মাতা, এখানে একটি আদালতের আদেশে নির্দেশ দেওয়া হচ্ছে যে পিতা-মাতা উভয়কেই শিশুর/শিশুদের/অক্ষম ব্যক্তির(দের) শিক্ষা এবং/অথবা স্বাস্থ্য বিষয়ে সিদ্ধান্তগুলিতে সম্মত হতে হবে এবং আমি এতদ্বারা নিচে আমার স্বাক্ষর দিয়ে এই মনোনয়নে সম্মতি জানাচ্ছি।

এই মনোনয়ন থাকাকালীন আমাকে যেখানে পাওয়া যাবে তার সক্রিয় ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর(গুলি) হল:

ঠিকানা: _____

টেলিফোন: বাড়ি ( ) - _____ কর্মস্থল: ( ) - _____
অন্যান্য: ( ) - _____

তারিখ: / / (পিতা বা মাতার স্বাক্ষর) _____

আমার সামনে শপথ নিয়েছেন

_____ দিন _____ 20 _____

নোটারি পাবলিক _____

9. আমি, _____ , এখানে উল্লেখিত শিশুর/শিশুদের/অক্ষম ব্যক্তির(দের) অভিভাবকীয় সম্পর্কে মনোনীত ব্যক্তি, এতদ্বারা নিচে আমার স্বাক্ষর দিয়ে এই মনোনয়নে সম্মতি জানাচ্ছি।

তারিখ: ___/___/_____ স্বাক্ষর _____

আমার সামনে শপথ নিয়েছেন

_____ দিন _____ 20 _____

নোটারি পাবলিক _____

অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকা ব্যক্তির মনোনয়নের জন্য নির্দেশাবলী, নিউ ইয়র্ক স্টেটের সাধারণ দায়বদ্ধতার আইনের ধারা 5-1551 অনুবর্তী।

এই ফর্মের উদ্দেশ্য:

এই ফর্মটি আপনার সন্তানের(দের) অথবা আপনার পরিচর্যায় থাকা অক্ষম ব্যক্তির(দের) চিকিৎসা সংক্রান্ত এবং শিক্ষামূলক সিদ্ধান্তগুলি নেওয়ার জন্য অন্য কোনো ব্যক্তিকে মনোনীত করার সুযোগ দেয়, যদি আপনি নির্দিষ্ট কিছু সময়ের জন্য সেটি নিজে করতে না পারেন। এই অনুমোদনটি কেবলমাত্র 12 মাসের জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে। কোনো ব্যক্তির কাছে 12 মাসের অধিক সময়ের জন্য আপনার সন্তান(দের)/ পরিচর্যায় থাকা অক্ষম ব্যক্তি(দের) রাখা প্রয়োজন হলে, আপনি অন্যান্য বিকল্পগুলি বিবেচনা করে দেখতে পারেন।

যদি এমন কোনো আদালতের আদেশ থাকে যার জন্য পিতামাতা উভয়কেই তাদের সন্তানের(দের) শিক্ষা এবং/অথবা স্বাস্থ্য বিষয়ক সিদ্ধান্তগুলির বিষয়ে সম্মত হতে হবে এমন হয়,, তাহলে পিতামাতা উভয়কেই এই ফর্মটি স্বাক্ষর করতে হবে। যদি না হন, কেবলমাত্র একজন থাকেন পিতা বা মাতার স্বাক্ষর প্রয়োজন।

এই অনুমোদন দিয়ে আপনার কাছে সমস্ত অভিভাবকীয় অধিকার থাকবে এবং এই অনুমোদনটি যেকোনো সময় বাতিল (রদ) করতে পারেন। যে ব্যক্তিকে আপনি মনোনীত করবেন তিনি আপনার সন্তানের(দের) স্কুলে, শিক্কার এবং চিকিৎসা প্রদানকারীদের সঙ্গে বলতে পারবেন এবং নিয়মিত সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হবেন। আপনার মনোনীত ব্যক্তি সার্জারি অথবা অন্য কোনো গুরুতর চিকিৎসা পদ্ধতির জন্য সম্মতি দিতে পারবেন না, তবে নিয়মিত চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়গুলির জন্য সম্মতি দিতে পারবেন। আপনি যদি না চান আপনার মনোনীত ব্যক্তি টিকাকরণের মতো নির্দিষ্ট কিছু সিদ্ধান্ত নেন, সেক্ষেত্রে আপনি এই ফর্মে তা নির্দিষ্ট করতে পারেন। আপনার মনোনীত ব্যক্তির আপনার সন্তান(দের)/অক্ষম ব্যক্তি(দের) সম্বন্ধে নেওয়া কোনো সিদ্ধান্তের সঙ্গে আপনি একমত না হলে আপনি সেই সিদ্ধান্তটি বাতিল করতে পারেন।

মনোনীত ব্যক্তিকে অবশ্যই "অভিভাবকীয় কর্তৃত্বে থাকা ব্যক্তি" হিসাবে সম্মত হতে হবে, আর তাই শিশুর(দের)/অক্ষম ব্যক্তির(দের) আর্থিক সহায়তার জন্য দায়বদ্ধতা আছে ধরে নেওয়ার প্রয়োজন নেই। সেই ব্যক্তি অন্য স্কুলের ডিস্ট্রিক্টে বসবাস করলে আপনার সন্তান(রা) তাদের স্কুলের ডিস্ট্রিক্ট পরিবর্তন করবে না। আপনার মৃত্যু বা কারাবাসের ক্ষেত্রে, এই মনোনয়ন স্বয়ংক্রিয়ভাবে শেষ হয়ে যাবে।

এই ফর্মটি ব্যবহারের নির্দেশাবলী:

অনুচ্ছেদ 1: প্রদত্ত শূণ্যস্থানে আপনার সম্পূর্ণ আইনি নাম পূরণ করুন। কোনো আদালতের আদেশ কার্যকর থাকলে পিতা-মাতা উভয়কেই স্বাক্ষর করতে হবে, পিতা বা মাতার মধ্যে আরেকজন অনুচ্ছেদ 7-এ প্রদান করা শূণ্যস্থানে নিজের নাম লিখবেন।

অনুচ্ছেদ 2: আপনার ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর(গুলি) লিখুন। এই তথ্য দেওয়া না হলে, অনুমোদন 30 দিনের বেশি সময়ের জন্য বৈধ থাকবে না। এই অনুমোদনের মেয়াদ কার্যকর থাকাকালীন আপনি যেখানে বাস করবেন সেই ঠিকানা দিন, এমনকি সেটি আপনার আইনি বাসস্থান না হলেও। উদাহরণস্বরূপ, যদি এই অনুমোদন ব্যবহারের সময় আপনি হাসপাতালে ভর্তি থাকেন, তাহলে আপনি সেই হাসপাতালের ঠিকানা দেবেন।

অনুচ্ছেদ 3: আপনার সন্তানের(দের)/অক্ষম ব্যক্তির(দের) শিক্ষামূলক এবং/অথবা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সিদ্ধান্তগুলি নেওয়ার জন্য যে ব্যক্তিকে আপনি মনোনীত করতে চান তার নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর লিখুন। প্রত্যেক শিশু/অক্ষম ব্যক্তির নাম(গুলি) এবং জন্ম তারিখ(গুলি) লিখুন।

অনুচ্ছেদ 4: উপযুক্ত বক্সে টিক চিহ্ন দিয়ে এবং তার পাশে নামের আদ্যক্ষর লিখে কতদিনের জন্য আপনি অনুমোদন কার্যকর করতে চান তা নির্দিষ্ট করুন। মনে রাখবেন, আপনি চাইলে সবসময় এই মনোনয়ন নির্দিষ্ট সময়ের আগে রদ (বাতিল) করতে পারেন। সেটা কীভাবে করবেন সেই বিষয়ক তথ্য এই নির্দেশাবলীর শেষে দেওয়া আছে।

- **ব্যবহার করুন (a)** যদি আপনি এই মনোনয়নটি 12 মাসের জন্য ব্যবহার করতে চান। আপনি এই বিকল্পটি নির্বাচন করলে, আপনাকে পিতা-মাতা(দের) এবং অন্য ব্যক্তির ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর দিতে হবে এবং সবক'টি স্বাক্ষরে নোটারি করাতে হবে।

- **ব্যবহার করুন (b)** যদি আপনি এই মনোনয়নটি 30 দিনের জন্য ব্যবহার করতে চান। এই বিকল্পটির জন্য আপনাকে ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর দিতে হবে না, তবে সেটি দেওয়াই ভাল যাতে চিকিৎসা সংক্রান্ত অথবা শিক্ষা সংক্রান্ত পরিচর্যা প্রদানকারীদের আপনার সঙ্গে যোগাযোগের প্রয়োজন হলে তারা তা করতে পারেন।

- **ব্যবহার করুন (c)** যদি আপনি নির্দিষ্ট তারিখ ব্যবহার করতে চান, 30 দিনের থেকে কম বা বেশি মেয়াদের জন্য। মনে রাখবেন, এই মনোনয়ন 12 মাসের বেশি সময়ের জন্য ব্যবহার করা যাবে না, এবং আপনি 30 দিনের বেশি সময়ের জন্য এটি ভালভাবে চাইলে অবশ্যই ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর এবং নোটারি করা স্বাক্ষরগুলি দিতে হবে।

- **ব্যবহার করুন (d)** যদি কোনো নির্দিষ্ট সময়ে আপনি এই মনোনয়নটি শুরু করতে চান, যেমন আপনার হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার সময়। এর জন্য, প্রদত্ত প্রথম শূণ্যস্থানে নির্দিষ্ট ঘটনাটি লিখুন (উদাহরণ: "আমার হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন ") এবং দ্বিতীয় স্থানে তারিখ অথবা সেই ঘটনাটি লিখুন যার পরে মনোনয়নের মেয়াদ শেষ হবে (উদাহরণ: "30 দিন পরে" অথবা "হাসপাতাল থেকে আমার ছাড়া পাওয়ার সময়")। আবার মনে করিয়ে দিই, আপনি 30 দিনের বেশি সময়ের জন্য এটি ভালভাবে চাইলে অবশ্যই ঠিকানা, টেলিফোন নম্বর এবং নোটারি করা স্বাক্ষরগুলি দিতে হবে।

অনুচ্ছেদ 5: আপনার মনোনীত ব্যক্তিকে দিয়ে আপনি যা করাতে চান সেই প্রত্যেকটি জিনিসের তালিকা করুন। আপনার মনোনীত ব্যক্তিকে দিয়ে আপনি যেগুলি করাতে চান না সেগুলি কেটে তার প্রত্যেকটির পাশে নামের আদ্যক্ষর লিখুন। আপনার মনোনীত ব্যক্তিকে করতে হবে না এমন কোনো কাজ আপনার চাহিদায় থাকলে, সেইগুলির তালিকা নিচের শূণ্যস্থানটিতে লিখুন। উদাহরণস্বরূপ, যদি কোনো মানসিক স্বাস্থ্য পরীক্ষা সম্পাদিত হওয়ার আগে আপনি চান আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা হোক, তাহলে আপনি প্রদত্ত শূণ্যস্থানে সেটি লিখতে পারেন।

অনুচ্ছেদ 6: এই অনুচ্ছেদ অনুযায়ী আপনার মনোনীত ব্যক্তির কাছে আপনার সন্তানের(দের)/অক্ষম ব্যক্তির(দের) চিকিৎসা সংক্রান্ত রেকর্ড এবং চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য অ্যাক্সেস করার সুযোগ আছে।

অনুচ্ছেদ 7: এটি ফর্ম সম্বন্ধে কিছু তথ্য প্রদান করে। অনুচ্ছেদ 1-এ যে পিতা বা মাতার নাম উঠে এসেছে তিনি তারপর ফর্মটিতে স্বাক্ষর করে তারিখ দেন। এই অনুমোদনটিকে 30 দিনের বেশি সময়ের জন্য কার্যকর থাকতে হলে, স্বাক্ষরে নোটারি করা আবশ্যক। এই ক্ষেত্রে, আপনি ফর্মটি স্বাক্ষর করার <u>আগে</u> নোটারি পাবলিকের কাছে নিয়ে যেতে হবে এবং নোটারি পাবলিকের সামনে স্বাক্ষর করতে হবে, যিনি তারপর নিজেও ফর্মটিতে স্বাক্ষর করবেন এটি নির্দিষ্ট করার জন্য যে আপনার স্বাক্ষর করার সময় তিনি সাক্ষী ছিলেন। যদি এটি না করেন, তাহলে অনুমোদনটির মেয়াদ স্বয়ংক্রিয়ভাবে 30 দিন পরে শেষ হয়ে যাবে।

অনুচ্ছেদ 8: শিশুর(দের) শিক্ষামূলক এবং/অথবা স্বাস্থ্য বিষয়ক সিদ্ধান্ত নিতে পিতা-মাতা উভয়েরই সম্মত হতে হবে বলে কোনো আদালতের আদেশ কার্যকর থাকলে, পিতা বা মাতার মধ্যে আরেকজন প্রদত্ত শূণ্যস্থানে নিজের সম্পূর্ণ আইনি নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর লিখবেন। এক্ষেত্রে পিতা বা মাতার মধ্যে প্রথমজনকে, নিজের ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর দিতে হবে না যদি অনুমোদনটি 30 দিন বা তার কম সময়ের জন্য করা হয় অথবা করার ইচ্ছা থাকে। তাদের এই তথ্য দিতেই হবে এবং একজন নোটারি পাবলিকের সামনে দাঁড়িয়ে ফর্মটিতে স্বাক্ষর করতে হবে, যদি অনুমোদনটি 30 দিনের বেশি সময়ের জন্য কার্যকর হওয়ার কথা থাকে। পিতামাতা দু'জনেরই সম্মত হওয়া আবশ্যক বলে কোনো আদালতের আদেশ না থাকলে আপনি এই অনুচ্ছেদটি খালি রাখতে পারেন।

অনুচ্ছেদ 9: শিশু(দের)/অক্ষম ব্যক্তি(দের) "অভিভাবকীয় সম্পর্কে" মনোনীত হবেন যে ব্যক্তি তার সম্পূর্ণ আইনি নাম লিখুন। তারপর তারা ফর্মটি স্বাক্ষর করে তারিখ দেবেন, যাতে বোঝা যায় তারা অভিভাবকীয় সম্পর্কে থাকার জন্য রাজি হয়েছেন। এই অনুমোদনটি 30 দিনের বেশি সময়ের জন্য কার্যকর হওয়ার কথা থাকলে, তাদেরকেও একজন নোটারি পাবলিকের সামনে ফর্মটিতে স্বাক্ষর করতে হবে।

অন্যান্য তথ্য:

- গুরুতর মেডিক্যাল চিকিৎসা: আপনি যে ব্যক্তিকে মনোনীত করছেন তিনি "গুরুতর মেডিক্যাল চিকিৎসা" এর জন্য সম্মতি দিতে **পারবেন না**, যার মধ্যে যেকোনো চিকিৎসা সংক্রান্ত, সার্জিকাল অথবা রোগনির্ণয় বিষয়ক হস্তক্ষেপ অথবা পদ্ধতি রয়েছে যেখানে একটি সাধারণ অ্যানাস্থেসিয়া করা হয় অথবা যেখানে তাৎপর্যপূর্ণ ঝুঁকি থাকে অথবা শারীরিক গঠনে তাৎপর্যপূর্ণভাবে আঘাত করা প্রয়োজন হয় অথবা বেশ ভাল পরিমাণ ব্যথা, অস্বস্তি, দুর্বলতার উদ্রেক হয়, অথবা সুস্থ হয়ে ওঠা সময় সাপেক্ষ। এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত নয়: কোনো নিয়মিত রোগনির্ণয় অথবা চিকিৎসা যেমন নন-সাইক্রিয়াটিক পরিস্থিতি অথবা পুষ্টি বা বিশ্লেষণের জন্য শারীরিক তরল নিষ্কাশনের কেমোথেরাপি ব্যতীত ওষুধের বন্দোবস্ত; ইলেক্ট্রোকনভালসিভ থেরাপি; স্থানীয় অ্যানাস্থেসিয়া করে দাঁতের পরিচর্যা; জন স্বাস্থ্য আইনের ধারা পঁচিশশো চার অনুবর্তী, আপৎকালীন অবস্থার পরিস্থিতিগুলিতে প্রদান করা যেকোনো প্রক্রিয়া; এমন মেডিক্যাল চিকিৎসা প্রত্যাহার বা থামানো যা জীবনদায়ী কার্যকলাপ বজায় রাখছে; অথবা কোনো গর্ভাবস্থার স্টেরিলাইজেশন অথবা গর্ভপাত।

উদাহরণস্বরূপ, মনোনীত ব্যক্তি একজন শিশু/অক্ষম ব্যক্তির ফাইলিংয়ের মতো মানক দাঁতের সংক্রান্ত পদ্ধতিগুলির জন্য সম্মতি দিতে পারেন, তবে দাঁতের সার্জারির জন্য নয় যেখানে প্রক্রিয়াটি করার জন্য তাদের অজ্ঞান করা হবে, যেমন তাদের আক্কেল দাঁত তোলার সময়। প্রধান চিকিৎসা সংক্রান্ত পদ্ধতিগুলি করার জন্য একজন পিতা বা মাতার সম্মতি তখনও প্রয়োজন হবে।

- এই মনোনয়ন রদ করা: অনুমোদন রদ (বাতিল) করার জন্য, আপনাকে শুধু আপনার মনোনীত ব্যক্তিকে জানাতে হবে যে আপনি সেটি করতে চান এবং উপযুক্ত শিক্ষা এবং চিকিৎসা প্রদানকারীদের কাছে তাদের জানাতে হবে যে অনুমোদনটি শেষ হয়েছে। পিতা বা মাতা যে অনুমোদনটি রদ করেছেন তা তাদের লিখিতভাবে এটি করার অথবা শিশু(দের)/অক্ষম ব্যক্তি(দের) শিক্ষা এবং চিকিৎসা প্রদানকারীদের কাছে জানানোর প্রয়োজন না হলেও, তারা সেটি চাইতে পারেন, যাতে কোনো দ্বিমত না থাকে। যদি পিতা-মাতা দু'জনেই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করেন, তাহলে পিতা বা মাতার মধ্যে কোনো একজন মনোনয়নটি বাতিল করতে পারেন, তার জন্য আপনার দু'জনকেই প্রয়োজন নেই।