

নিউ ইয়র্ক স্টেট
শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস
(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
দত্তক নেওয়া পিতামাতার আবেদন
শুধুমাত্র দত্তক নেওয়ার জন্য

নির্দেশাবলী:

আবেদনকারী(রা): প্রতিটি আবেদনকারীকে অবশ্যই একটি পৃথক আবেদনপত্র পূরণ করতে হবে। বাড়ির সন্ধানকারী/এজেন্সি কর্মী আবেদনকারীকে অবহিত করবেন যদি সমর্থনকারী ডকুমেন্টেশন প্রয়োজন হয়।

| | | |
|---|---|-----------------------|
| আবেদনকারীর তথ্য | | |
| আবেদনকারীর নাম: | | |
| পদবি, নাম, মাঝের আদ্যক্ষর: | | |
| জন্ম তারিখ: / / | সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (সোশাল সিকিউরিটি নম্বর): - - | ইমেল ঠিকানা: |
| ফোন যোগাযোগের তথ্য: বাড়ির ফোন: () - <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় সেল ফোন: () - <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় | | |
| বর্তমান ঠিকানা: | | |
| সিটি: | স্টেট: | জিপ কোড: |
| আপনি কতদিন: <input type="checkbox"/> মালিকানায়ে আছেন <input type="checkbox"/> ভাড়ায়ে আছেন | স্কুল ডিস্ট্রিক্ট: | |
| বৈবাহিক স্থিতি: | <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> ডিভোর্সড <input type="checkbox"/> অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিধবা, বিধুর <input type="checkbox"/> বিচ্ছিন্ন <input type="checkbox"/> একসঙ্গে বসবাসকারি দম্পতি | |
| জনসংখ্যাগত তথ্য¹ | | |
| লিঙ্গ:² <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ | | |
| আপনার সর্বনাম কী? <input type="checkbox"/> সে/তঁার/তার <input type="checkbox"/> সে/তঁাকে/তার <input type="checkbox"/> তারা/তঁাদের/তাদের <input type="checkbox"/> অন্যান্য | | |
| লিঙ্গ পরিচিতি:³ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> ট্রান্সজেন্ডার <input type="checkbox"/> অসঙ্গতিপূর্ণ লিঙ্গ <input type="checkbox"/> অন্যান্য/অন্য কিছু <input type="checkbox"/> জানি না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অস্বীকৃতি | | |
| যৌন অভিমুখীকরণ:⁴ <input type="checkbox"/> সরল/বিষমকামী <input type="checkbox"/> সমকামী বা লেসবিয়ান <input type="checkbox"/> উভকামী <input type="checkbox"/> অন্যান্য/অন্য কিছু <input type="checkbox"/> জানি না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অস্বীকৃতি | | |
| জাতি: | জাতিগত গোষ্ঠী: | ধর্মীয় অন্তর্ভুক্তি: |
| কথ্য ভাষা: | | |
| নেটিভ আমেরিকান? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <i>যদি হ্যাঁ হয়, উপজাতীয়/জাতির অধিভুক্তি:</i> | | |
| বাড়ির সদস্যদের তথ্য *সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (SSN) 18 বছর বয়সী বা তার বেশি বয়সের পরিবারের সদস্যদের জন্য প্রয়োজন। | | |
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় | | |

¹ আবেদনকারীর তাদের আবেদনে কোনো প্রভাব ছাড়াই এই বিভাগে প্রলের উত্তর দিতে অস্বীকার করার অধিকার রয়েছে।

² "সেল" বলতে একজন ব্যক্তির জৈবিক ও শারীরবৃত্তীয় বৈশিষ্ট্য বোঝায়।

³ "লিঙ্গ পরিচিতি" বলতে বোঝায় একজন ব্যক্তির নিজের সম্পর্কে অভ্যন্তরীণ বোধ, শারীরস্থান নির্বিশেষে।

⁴ "যৌন অভিমুখীকরণ" বলতে একজন ব্যক্তির মানসিক, রোমান্টিক এবং অন্য ব্যক্তির প্রতি যৌন আকর্ষণ বোঝায়।

| | পদবি, প্রথম নাম | পদবি, প্রথম নাম | পদবি, প্রথম নাম | পদবি, প্রথম নাম | পদবি, প্রথম নাম | পদবি, প্রথম নাম | পদবি, প্রথম নাম |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| জন্ম তারিখ | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক | | | | | | | |
| ধর্ম | | | | | | | |
| লিঙ্গ | | | | | | | |
| জাতিগত পরিচয় | | | | | | | |
| ভাষা | | | | | | | |
| বৈবাহিক অবস্থা | | | | | | | |
| *SSN | | | | | | | |

আপনার পরিবারের কোন শিশু, যারা ফস্টার কেয়ারে আছে, দত্তক গ্রহণ চূড়ান্ত হওয়ার জন্য অপেক্ষা করছে?

না হ্যাঁ *যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন.*

আপনার পরিবারের কোনো শিশু কি, যারা ফস্টার কেয়ারে নেই, দত্তক নেওয়ার জন্য অপেক্ষা করছে?

না হ্যাঁ
যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন.

| অন্যান্য শিশু (18 বছরের কম) পরিবারের বাইরে বসবাস করে | জন্ম তারিখ | ঠিকানা | আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক |
|--|------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় | | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| প্রাপ্তবয়স্ক শিশু যারা বাড়ির বাইরে থাকে | জন্ম তারিখ | ঠিকানা | আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক |
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় | | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| বোর্ডার/ ভাড়াটেরা | জন্ম তারিখ | আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক | |
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় | | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |
| | / / | | |

| পোষা প্রাণী/অন্যান্য প্রাণী - প্রকার স্থানীয় অধ্যাদেশ অনুযায়ী | | ভ্যাকসিন নেওয়া আছে? | লাইসেন্সপ্রাপ্ত? |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় | | | |
| | | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| | | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| | | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| | | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| | | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| পালনকারী/দত্তক নেওয়া অভিভাবকদের অভিজ্ঞতা | | | |
| আপনি কি বর্তমানে একজন অনুমোদিত দত্তক পিতামাতা? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | | | |
| যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে অনুমোদনের তারিখ(গুলি), অনুমোদনকারী সংস্থার নাম(গুলি) এবং যোগাযোগের তথ্য প্রদান করুন। | | | |
| অনুমোদনের তারিখ | অনুমোদনকারী সংস্থা | যোগাযোগের তথ্য | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| / / | | | |
| আপনি কি পূর্বে এই রাজ্যে বা অন্য রাজ্যে পালক বা দত্তক নেওয়ার জন্য আবেদন করেছেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | | | |
| যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে সংস্থার নাম(গুলি) এবং যোগাযোগের তথ্য প্রদান করুন। | | | |
| সংস্থা | যোগাযোগের তথ্য | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| আপনাকে কি স্বীকৃত, প্রত্যাহার বা অস্বীকার করা হয়েছে? <input type="checkbox"/> স্বীকৃত <input type="checkbox"/> প্রত্যাহার <input type="checkbox"/> অস্বীকার | | | |
| যদি প্রত্যাহার বা অস্বীকার করা হয়, তাহলে তার কারণ কী ছিল? | | | |
| আপনার কি একটি পালক পিতামাতার সার্টিফিকেশন বা অনুমোদন প্রত্যাহার, স্থগিত, আত্মসমর্পণ বা বিলোপ হয়েছে? | | | |
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | | | |
| যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে তার কারণ কী ছিল? | | | |
| পরিবহন | | | |
| প্রয়োজনে শিশুকে পরিবহন করার জন্য আপনার পরিকল্পনা কী? | | | |
| যদি আপনার উত্তর "ব্যক্তিগত গাড়ী" হয়: | | | |
| আপনার কি একটি আছে? | | প্রমাণ দেওয়া হয়েছে? | |
| বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | যদি হ্যাঁ হয়, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: | / / <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| বৈধ গাড়ী বীমা? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | যদি হ্যাঁ হয়, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: | / / <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| বৈধ রেজিস্ট্রেশন? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | যদি হ্যাঁ হয়, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: | / / <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |
| বৈধ পরিদর্শন? | <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ | যদি হ্যাঁ হয়, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: | / / <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ |

তথ্যসূত্র

তিনটি রেফারেন্স তালিকা করুন যারা ব্যক্তিগত রেফারেন্স হিসাবে কাজ করতে পারে।

| নাম | ঠিকানা | ফোন/ইমেল ঠিকানা |
|-----|--------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

কর্মসংস্থানের তথ্য

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| বর্তমান নিয়োগকর্তা: | শুরুর তারিখ: | |
| নিয়োগকর্তার ঠিকানা: | | |
| সিটি: | স্টেট: | জিপ কোড: |
| পদ: | সময়সূচী: | |
| নিয়োগকর্তার যোগাযোগের নাম: | নিয়োগকর্তার যোগাযোগ নম্বর: | নিয়োগকর্তার যোগাযোগের ইমেল: |

কর্মসংস্থানের ইতিহাস

| |
|--|
| নিয়োগকর্তা: |
| কর্মসংস্থানের তারিখ: / / থেকে / / |
| পদ: |
| প্রতি সপ্তাহে কাজের সময়: |
| চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ: |
| নিয়োগকর্তা: |
| কর্মসংস্থানের তারিখ: / / থেকে / / |
| পদ: |
| প্রতি সপ্তাহে কাজের সময়: |
| চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ: |
| নিয়োগকর্তা: |
| কর্মসংস্থানের তারিখ: / / থেকে / / |
| পদ: |
| প্রতি সপ্তাহে কাজের সময়: |
| চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ: |

বাড়ির ব্যবসার তথ্যআপনি কি আপনার বাড়ি থেকে একটি ব্যবসা পরিচালনা করেন? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে,

- কাজের সময় কতক্ষণ?
- আপনার বাড়িতে কি কোনো ব্যবসার লাইসেন্স আছে?
- বর্ণনা করুন:

আপনি কি আপনার বাড়িতে চাইল্ড কেয়ার/ডে কেয়ার প্রোগ্রাম পরিচালনা করেন? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে,

- কাজের সময় কতক্ষণ?
- শিশুদের সংখ্যা?
- বর্ণনা করুন:

আপনি কি প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য ফ্যামিলি-টাইপ হোম পরিচালনা করেন? না হ্যাঁ

যদি হ্যাঁ হয়:

বর্ণনা করুন:

তত্ত্বাবধানের জন্য পরিকল্পনা

যখন আপনি উপলব্ধ থাকবেন না (অর্থাৎ, কাজের সময়, স্কুলের পরে, গ্রীষ্মে, ইত্যাদি) তখন শিশু(দের) তত্ত্বাবধানের জন্য আপনার পরিকল্পনা কী?

শিক্ষাগত ইতিহাসসম্পূর্ণ করা সর্বোচ্চ শিক্ষা: গ্রেড স্কুল হাই স্কুল TASC (GED) অ্যাসোসিয়েট ডিগ্রি স্নাতক ডিগ্রি স্নাতকোত্তর ডিগ্রি Ph. D. অন্যান্য:

বিশদ বিবরণ প্রদান করুন [যেমন স্কুল(গুলি)/কলেজ(গুলি)/বিশ্ববিদ্যালয়ের(গুলি) নাম; মেজর(গুলি)/অধ্যয়নের কোর্স(গুলি); উপস্থিতির বছর; স্নাতকের তারিখ(গুলি)]:

আর্থিক তথ্য

কর্মসংস্থান থেকে আয় (W-2 বা 1040 দ্বারা যাচাইকৃত):

অন্যান্য আয় এবং উৎস:

 PA SSI SSD অক্ষমতা শিশু সহায়তা অন্যান্য, নির্দিষ্ট করুন:

মোট মাসিক আয়:

মোট মাসিক খরচ:আপনার পরিবার কি কোনো আর্থিক চাপের সম্মুখীন হচ্ছে (যেমন, ফোরক্লোজার, দেউলিয়া হওয়া ইত্যাদি)? না হ্যাঁ

যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:

আপনার পরিবারের কি চিকিৎসা বীমা কভারেজ আছে? না হ্যাঁ

▶ ভাড়া/বন্ধক

\$

▶ ইউটিলিটি (ফোন এবং কেবল সহ)

\$

▶ গাড়ির পেমেন্ট

\$

▶ গাড়ির বীমা

\$

▶ অন্যান্য বীমা

\$

▶ ঋণ/দেবা, ক্রেডিট কার্ড

\$

▶ খাবার, পোশাক, ইত্যাদি

\$

▶ বিনোদন

\$

| | | | |
|---|------------|---------------|----------|
| মোট মাসিক খরচ | | \$ | |
| আবেদনকারীর স্বাক্ষর: X | | তারিখ: / / | |
| শপথ বিবৃতি – প্রতি আবেদনকারীর জন্য একটি অনুগ্রহ করে নিচের প্রশ্নের সম্পূর্ণ উত্তর দিন। | | | |
| পদবি: | প্রথম নাম: | মধ্য নাম: | |
| কুমারী নাম বা অন্য কোনো ডাকনাম: | | | |
| বর্তমান ডাকযোগে ঠিকানা: | সিটি: | স্টেট: | জিপ কোড: |
| 1. আপনি কি কখনও নিউ ইয়র্ক স্টেট বা অন্য কোন অধিক্ষেত্র বা রাজ্যের মধ্যে অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে প্রতিটি অপরাধের জন্য একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন যার জন্য আপনি দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন, অপরাধের ধরন, অবস্থান, তারিখ এবং পরিস্থিতি সহ: | | | |
| 2. বর্তমানে বাড়িতে বসবাসকারী 18 বছর বা তার বেশি বয়সী কোনো ব্যক্তি কি নিউ ইয়র্ক স্টেট বা অন্য কোনো অধিক্ষেত্র বা রাজ্যের মধ্যে কোনো অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে প্রতিটি অপরাধের জন্য একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন যার জন্য ব্যক্তি(রা) দোষী সাব্যস্ত হয়েছিল, অপরাধের ধরন, অবস্থান, তারিখ এবং পরিস্থিতি সহ: | | | |
| আমার তথ্যমতে, আমি এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে উপরে প্রদত্ত তথ্য সত্য এবং সম্পূর্ণ। আমি বুঝি যে তথ্যটি যাচাইয়ের সাপেক্ষে এবং বস্তুগতভাবে মিথ্যা বিবৃতি বা নিশ্চিতকরণের ফলে ইচ্ছাকৃতভাবে মিথ্যা বা বিভ্রান্তিকর তথ্য উপস্থাপনের জন্য একজন আবেদনকারী হিসাবে অযোগ্য হতে পারে। | | | |
| আবেদনকারীর স্বাক্ষর: X | | তারিখ: / / | |