

নিউ ইয়র্ক স্টেট
শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস
(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
দতক আবেদনকারীর মেডিকেল রিপোর্ট (প্রথম অংশ)
শুধুমাত্র দতক নেওয়ার জন্য

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।

বাড়ির সন্ধানকারী/এজেন্সি কর্মী: আবেদনকারীকে ফর্ম প্রদান করার আগে **বিভাগ 2** সম্পূর্ণ করুন। প্রতি আবেদনকারীর একটি ফর্ম প্রদান করুন।

বিভাগ 1: আবেদনকারীর তথ্য		
আবেদনকারীর নাম:		
পদবি, নাম, মাতার 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	তারিখ:	
X	/ /	
উপরোক্ত নামধারী আবেদনকারী একটি সন্তান দতক নেওয়ার জন্য আবেদন করেছেন। নিউ ইয়র্ক স্টেট প্রবিধান অনুযায়ী, সংস্থাকে পরিবারের সদস্যদের সাধারণ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত একটি মেডিকেল রিপোর্ট পেতে হবে। এই ধরনের প্রতিবেদনে অবশ্যই দেখাতে হবে যে পরিবারের প্রতিটি সদস্য সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা বা কোনও শারীরিক বা মানসিক অবস্থা(গুলি) থেকে মুক্ত যা একটি দতক নেওয়া সন্তানের সঠিক যত্নকে প্রভাবিত করতে পারে। এজেন্সির কাছে অনুমোদনের জন্য আবেদন জমা দেওয়ার তারিখের আগে এক বছরের বেশি না হওয়া আবেদনকারীর শারীরিক পরীক্ষা অবশ্যই এই ধরনের প্রতিবেদনে কভার করতে হবে।		

বিভাগ 2: সংস্থার তথ্য
সংস্থার নাম:
সংস্থার ঠিকানা:
সংস্থার যোগাযোগ: (বাড়ি সন্ধানকারী/সংস্থার কর্মীর নাম এবং ফোন নম্বর)

বিভাগ 3: প্রতিটি আবেদনকারীর জন্য একজন চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, সম্পাদনাকারী নার্স বা অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা সম্পাদনাকারী দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে।	
অনুগ্রহ করে আপনার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে নিম্নলিখিতগুলির প্রত্যেকটির উত্তর দিন:	
কোন দীর্ঘস্থায়ী বা গুরুতর ব্যাধি বা শর্ত আছে যার জন্য এই ব্যক্তি চিকিৎসা পেয়েছেন বা গ্রহণ করছেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
এই ব্যক্তি কি বর্তমানে ওষুধ সেবন করছেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি কখনও এই ব্যক্তিকে অন্যান্য চিকিৎসা পরিষেবা, মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা বা অ্যালকোহল/মাদকদ্রব্য অপব্যবহারের চিকিৎসার জন্য উল্লেখ করেছেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
অনুগ্রহ করে যেকোনো "হ্যাঁ" প্রতিক্রিয়ার জন্য একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।	
আবেদনকারীর সাধারণ স্বাস্থ্য পর্যালোচনা	
শারীরিক পরীক্ষার তারিখ:	উচ্চতা:
/ /	:
ওজন:	রক্তচাপ:
LBS	/
দৃষ্টি:	প্রবণ ক্ষমতা:
কার্ডিওভাসকুলার:	গালমোনারি:

গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল:	অন্তঃস্রাবী:
স্নায়ুতন্ত্র:	পেশী/কঙ্কাল:
স্বক:	

ব্যক্তির কি কোনো সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা বা এমন কোনো শারীরিক বা মানসিক অবস্থা আছে যা শিশুদের যথাযথ শুল্লকে প্রভাবিত করতে পারে?
 না হ্যাঁ
 ব্যাখ্যা করুন:

কোনো চিহ্নিত দুর্দশার উপস্থিতি কি শিশুদের স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার জন্য ঝুঁকি সৃষ্টি করে? না হ্যাঁ
 ব্যাখ্যা করুন:

অনুসন্ধান

উপরে নির্দেশিত হিসাবে, আমার অনুসন্ধানের ভিত্তিতে, এবং ব্যক্তি সম্পর্কে আমার জ্ঞান, আমি উপরে তালিকাভুক্ত ব্যক্তি সম্পর্কে পেয়েছি:
 হল এমন শারীরিক অবস্থায় Box আছে Box নেই যার ফলে এটা আশা করা যুক্তিসঙ্গত হবে যে তিনি সন্তানের বেশিরভাগ জীবনকালের জন্য বেঁচে থাকবেন
 এবং এবং পিতামাতার দায়িত্ব পালনের জন্য প্রয়োজনীয় শক্তি এবং অন্যান্য ক্ষমতা আছে।
 যদি না হয়:
 ব্যাখ্যা করুন:

চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর:	টেলিফোন নম্বর:	স্বাক্ষরের তারিখ:
X	() -	/ /

প্রদানকারীর ঠিকানা:

চিকিৎসকের স্ট্যাম্প:

মেডিক্যাল কেয়ার প্রদানকারীকে অবশ্যই সম্পূর্ণ করা রিপোর্টটি বিভাগ 2 এ তালিকাভুক্ত সংস্কার ঠিকানায় ফেরত দিতে হবে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট
শিশু ও পরিবার পরিষেবা অফিস
(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
পরিবারের সদস্যদের মেডিকেল রিপোর্ট (পর্ব দুই)
শুধুমাত্র দত্তক নেওয়ার জন্য

নির্দেশাবলী:

আবেদনকারী(রা): এই ফর্মের তিনটি বিভাগ আছে। **বিভাগ 1** পরিবারের সদস্যের বয়স 18 বছরের কম হলে আবেদনকারীর দ্বারা অথবা 18 বছর বা তার বেশি বয়সের পরিবারের সদস্যদের দ্বারা 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 সম্পূর্ণ করতে হবে।

বাড়ির সন্ধানকারী/এজেন্সি কর্মী: আবেদনকারী(দের) ফর্ম প্রদান করার আগে **বিভাগ 2** সম্পূর্ণ করুন। প্রতি আবেদনকারীর একটি ফর্ম প্রদান করুন।

বিভাগ 1: পরিবারের সদস্যদের তথ্য		
পদবি, নাম, মাতৃের আদ্যক্ষর:	জন্ম তারিখ: / /	টেলিফোন নম্বর: () -
উপরোক্ত-নামক ব্যক্তি এমন একজন ব্যক্তির বাড়িতে বসবাস করছেন যিনি একটি শিশু দত্তক নিতে চাইছেন। নিউ ইয়র্ক স্টেট প্রবিধান অনুযায়ী, সংস্থাকে পরিবারের সদস্যদের সাধারণ স্বাস্থ্য সম্পর্কিত একটি মেডিকেল রিপোর্ট পেতে হবে। এই ধরনের প্রতিবেদনে অবশ্যই দেখাতে হবে যে পরিবারের প্রতিটি সদস্য সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা বা কোনও শারীরিক বা মানসিক অবস্থা(গুলি) থেকে মুক্ত যা একটি দত্তক নেওয়া সন্তানের সঠিক যত্নকে প্রভাবিত করতে পারে। সংস্থার কাছে অনুমোদনের জন্য আবেদন জমা দেওয়ার তারিখের এক বছরের বেশি না হওয়া পর্যন্ত পরিবারের সদস্যের শারীরিক পরীক্ষা অবশ্যই এই ধরনের প্রতিবেদনে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।		
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		/ /

বিভাগ 2: সংস্থার তথ্য
সংস্থার নাম:
সংস্থার ঠিকানা:
সংস্থার যোগাযোগ: (বাড়ি সন্ধানকারী/সংস্থার কর্মীর নাম এবং ফোন নম্বর)

বিভাগ 3: একজন আবেদনকারীর পরিবারের প্রতিটি সদস্যের জন্য একজন চিকিৎসক, চিকিৎসক সহকারী, নার্স অনুশীলনকারী বা অন্যান্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং যোগ্য স্বাস্থ্যসেবা অনুশীলনকারী দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে	
অনুগ্রহ করে আপনার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে নিম্নলিখিতগুলির প্রত্যেকটির উত্তর দিন:	
কোন দীর্ঘস্থায়ী বা গুরুতর ব্যাধি বা শর্ত আছে যার জন্য এই ব্যক্তি চিকিৎসা পেয়েছেন বা গ্রহণ করছেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
এই ব্যক্তি কি বর্তমানে ওষুধ সেবন করছেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
আপনি কি কখনও এই ব্যক্তিকে অন্যান্য চিকিৎসা পরিষেবা, মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা বা অ্যালকোহল/মাদকদ্রব্য অপব্যবহারের চিকিৎসার জন্য উল্লেখ করেছেন?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
ব্যক্তির কি কোনো সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা বা এমন কোনো শারীরিক বা মানসিক অবস্থা আছে যা শিশুদের যথাযথ যত্নকে প্রভাবিত করতে পারে?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
কোনো চিহ্নিত দুর্দশার উপস্থিতি কি শিশুদের স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার জন্য ঝুঁকি সৃষ্টি করে?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ

অনুগ্রহ করে যেকোনো "হ্যাঁ" প্রতিক্রিয়ার জন্য একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।	
উপরে তালিকাভুক্ত ব্যক্তি কি ভালো শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্য এবং সংক্রামক রোগ, সংক্রমণ বা অসুস্থতা থেকে মুক্ত?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
একটি "না" প্রতিক্রিয়ার জন্য একটি ব্যাখ্যা প্রদান করুন।	

চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর: X	টেলিফোন নম্বর: () -	স্বাক্ষরের তারিখ: / /
প্রদানকারীর ঠিকানা:		
চিকিৎসকের স্ট্যাম্প:		
মেডিক্যাল কেয়ার প্রদানকারীকে অবশ্যই সম্পূর্ণ করা রিপোর্টটি বিভাগ 2 এ তালিকাভুক্ত সংস্থার ঠিকানায় ফেরত দিতে হবে।		