

NYC DOE কোভিড-19 পরীক্ষার সম্মতিদানের ফর্ম

এটি কিসের ফর্ম?

আপনার সন্তানের কোভিড-19 আছে কী না, সেটা পরীক্ষা করার জন্য আমরা আপনার সম্মতি চাইছি। NYC হেলথ + হসপিটালস্ এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন-এর সাথে কাজ করে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (NYC DOE), NYC DOE-এর শিক্ষার্থী, শিক্ষকমণ্ডলী এবং স্টাফদের কোভিড-19 সংক্রমণ পরীক্ষার জন্য বিভিন্ন ল্যাবরেটরি ও পরিষেবাদানকারীদের সাথে অংশীদারিত্ব তৈরি করেছে।

আমার সন্তানকে আপনারা কত ঘন ঘন পরীক্ষা করবেন?

আমরা আমাদের ল্যাবরেটরিকে ও পরীক্ষা পরিচালনাকারী অংশীদার প্রতিষ্ঠানকে প্রস্তুত করছি যেন কিছু সংখ্যক শিক্ষার্থী ও স্টাফদের পরীক্ষার জন্য প্রতিটি স্কুলে মাসে একবার আসে। আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে আপনার সন্তান এক বা একাধিকবার পরীক্ষার জন্য মনোনীত হতে পারে। এছাড়াও, আপনার সন্তানকে শিক্ষা বছরে যে কোনো সময় পরীক্ষা করা হতে পারে, যদি তার মধ্যে কোভিড-19-এর এক বা একাধিক লক্ষণ দেখা যায় বা সে কোভিড-19 আক্রান্ত কোন শিক্ষার্থী, শিক্ষক বা স্টাফের কারও ঘনিষ্ঠ হয়ে থাকে।

পরীক্ষাটি কী?

আপনি সম্মতি দিলে, আপনার সন্তানের কোভিড-19 ভাইরাস আছে কিনা তা নির্ণয়ে বিনামূল্যে একটি পরীক্ষা নেয়া হবে। যে পরীক্ষাটি করা হতে পারে, সেটার প্রকৃতি সম্পর্কে সংযুক্ত চিঠিতে আরও বিস্তারিত তথ্য রয়েছে। পরীক্ষার জন্য নমুনা সংগ্রহের অন্তর্ভুক্ত আছে কিউ-টিপ/Q-Tip-এর অনুরূপ একটি ক্ষুদ্র সোয়াব নাকের সামনের অংশে প্রবেশ করানো এবং/অথবা লাল (থুথু) সংগ্রহ করা।

আমার সন্তান পরীক্ষায় পজিটিভ (ভাইরাস আছে) হলে কীভাবে জানবো?

যদি স্কুলে আপনার সন্তানের কাছ থেকে নমুনা সংগ্রহ করা হয়, তাহলে আপনারা যেন জানতে পারেন, সেজন্য বাড়িতে তার সাথে আমরা তথ্য পাঠাবো। সাধারণত কোভিড-19 পরীক্ষার ফলাফল 48-72 ঘণ্টার মধ্যে জানানো হয়।

সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পাওয়ার পরে আমাদের কী করতে হবে?

যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফল পজিটিভ হয়, তাহলে পরীক্ষার ফল পর্যালোচনা করার এবং পরবর্তীতে কী করতে হবে, সেটা আলোচনার জন্য অনুগ্রহ করে অবিলম্বে আপনার সন্তানের ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার সন্তানকে বাড়িতে রেখে দিতে হবে এবং আপনার সন্তানের স্কুলে জানাতে হবে। যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফল নেগেটিভ (ভাইরাস নেই) আসে, তার অর্থ হবে আপনার সন্তানের দেয়া নমুনাতে ভাইরাস ধরা পড়েনি। যাদের কোভিড-19 আছে, তাদের পরীক্ষায় কখনও অসঠিক নেগেটিভ ফলাফল আসে (যাকে বলা হয় "ভুল নেগেটিভ")। যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল নেগেটিভ আসে কিন্তু তার কোভিড-19-এর লক্ষণগুলো থাকে, কিংবা আপনার যদি সন্তানের কোভিড-19-এর সংস্পর্শে যাওয়া নিয়ে উদ্বেগ থাকে, তাহলে আপনাকে সন্তানের ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করতে হবে। আপনার যদি একটি ডাক্তারের খুঁজতে সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে (844) NYC-4NYC নম্বরে ফোন করুন।

পিতামাতা, অভিভাবক বা প্রাপ্তবয়স্ক শিক্ষার্থী পূরণ করবেন।

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

পিতামাতা/অভিভাবকের ইংরেজি বড় অক্ষরে নাম:	
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা:	
পিতামাতা/অভিভাবকের মোবাইল #:	
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা:	
আপনার সাথে যোগাযোগের সেরা উপায়	

সন্তানের/শিক্ষার্থীর তথ্য

সন্তানের/শিক্ষার্থীর ইংরেজি বড় অক্ষরে নাম:	
---	--

সন্তানের/শিক্ষার্থীর স্কুল ID/OSIS #:		সন্তানের/শিক্ষার্থীর জন্মতারিখ:	
সন্তানের/শিক্ষার্থীর স্কুল			
সন্তানের/শিক্ষার্থীর ঠিকানা:			

তথ্য প্রকাশ সংক্রান্ত বিষয় জানিয়ে দেয়া

আইন আপনার সন্তানের কিছু তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ও নিউ ইয়র্ক স্টেটের কিছু প্রতিষ্ঠানের কাছে এবং তাদের সাথে পরিষেবা প্রদানের চুক্তিতে আবদ্ধ পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে প্রকাশের অনুমোদন দেয়, নিচের তালিকাভুক্তগুলো এর অন্তর্ভুক্ত: এই তথ্য প্রকাশ করা হবে শুধুমাত্র জনস্বাস্থ্যের সাথে সংশ্লিষ্ট প্রসঙ্গে, যার অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, যদি সে কোভিড-19-এর সংস্পর্শে এসে থাকে, তাহলে আপনার সন্তানের ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে আসা ব্যক্তিদের জানানো, এবং আপনার স্কুল কমিউনিটিতে কোভিড-19 বিস্তার রোধের জন্য অন্যান্য পদক্ষেপ গ্রহণ করা। আপনার সন্তান সম্পর্কিত যেসব তথ্য এই প্রতিষ্ঠানগুলো ও কোভিড-19 পরীক্ষা পরিষেবা প্রদানকারীদেরকে জানানো হতে পারে, সেগুলোর মধ্যে আছে আপনার সন্তানের নাম ও কোভিড-19 পরীক্ষার ফলাফল, জন্মতারিখ/বয়স, লিঙ্গ/জাতিগোষ্ঠী/জাতীয়তা, স্কুলের নাম, শিক্ষক, ক্লাসরুম/কোর্ট/পড (নির্দিষ্ট সীমিত শিক্ষার্থী দল), এনরোলমেন্ট ও উপস্থিতির বৃত্তান্ত, এবং আফটার স্কুল বা অন্যান্য প্রোগ্রামে অংশগ্রহণকারীরা, পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের নাম, ঠিকানা, ফোন নম্বর, মোবাইল নম্বর, এবং ইমেইল ঠিকানা। আপনার সন্তান সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করা হবে শুধুমাত্র তা যেন শিক্ষার্থীদের গোপনীয়তা ও নিরাপত্তা এবং আপনার সন্তানের ড্যাটার (উপাত্তের) সুরক্ষার বিধানকারী প্রযোজ্য আইন এবং সিটির নীতির সাথে সামঞ্জস্য বিধান করে।

• NYC ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন	• NYC ডিপার্টমেন্ট অভ ইয়ুথ অ্যান্ড কমিউনিটি ডেভেলপমেন্ট
• NYC ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন	• NYC হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস করপোরেশন
• NYS ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ	• কোভিড-19 পরীক্ষার জন্য চুক্তিবদ্ধ পরিষেবা প্রদানকারী

সম্মতি

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি প্রত্যয়ন করছি যে:

- আমি স্বাধীনভাবে ও স্বেচ্ছায় এই ফর্ম-এ সই দিয়েছি, এবং উপরে বর্ণিত ছেলেমেয়ের ব্যাপারে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য আমার আইনি অধিকার আছে।
- আমি আমার সন্তানের কোভিড-19 সংক্রমণ পরীক্ষার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে 30 সেপ্টেম্বর 2021 পর্যন্ত একাধিকবার আমার সন্তানের পরীক্ষা নেয়া হতে পারে, এবং জানি যে, যদি আমার সন্তানের কোভিড-19-এর এক বা একাধিক লক্ষণ দেখা যায়, কিংবা যদি সে কোভিড-19 সংক্রমিত কারও সংস্পর্শে আসে, তাহলে এই পরীক্ষা নেয়া হতে পারে NYC DOE-এর সূচিভুক্ত সময়ে।
- আমি জানি যে, এই সম্মতি ফর্ম 30 সেপ্টেম্বর, 2021 তারিখ পর্যন্ত বৈধ থাকবে, যদি না লিখিতভাবে আমি আমার সম্মতি প্রত্যাহার করছি তা আমার সন্তানের স্কুলের ভারপ্রাপ্ত যোগাযোগের ব্যক্তিকে জানাই।
- আমি জানি যে, যদি আমি আমার সম্মতি প্রত্যাহার করি অথবা স্বাক্ষর দিতে অস্বীকৃতি জানাই, আমার সন্তানকে বাধ্যতামূলকভাবে তার লেখাপড়া দূর থেকে শিক্ষণের মাধ্যমে চালিয়ে যেতে হতে পারে।
- আমি জানি যে আইনি অনুমোদন সাপেক্ষে আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল ও অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করা হতে পারে।
- আমি জানি যে, যদি আমি 18 বছর বা অধিক বয়স্ক শিক্ষার্থী হই, কিংবা আইন অনুযায়ী অন্য কোনোভাবে আমার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত বিষয়ে সম্মতি দেই, তাহলে যে প্রসঙ্গগুলোতে "আমার সন্তান" উল্লিখিত থাকবে, সেক্ষেত্রে তা আমাকেই বুঝাবে এবং আমি আমার পক্ষে সই দিতে পারবো।

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর* (যদি সন্তানের বয়স 18-এর কম হয়):		তারিখ
শিক্ষার্থীর স্বাক্ষর (18 বছরের উপরে হলে বা অন্য কোনোভাবে সম্মতিদানের অধিকার স্বীকৃত হলে)		তারিখ