

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য (For Office Use Only)	
Date Application Received:	
Enrollment Start Date:	
Intake Specialist/Staff:	
Additional Information:	



## DYCD সার্বজনীন স্বাস্থ্য পরিষেবায় অংশগ্রহণকারী: যুব এবং প্রাপ্তবয়স্ক আবেদনপত্র

যুব এবং সমাজ উন্নয়ন বিভাগে (DYCD) স্বাগতম! DYCD হল একটি নিউইয়র্ক সিটি সংস্থা যা যুব এবং পরিবারের জন্য কর্মসূচিতে অর্থায়ন করে। এই কর্মসূচিগুলি সমাজ-ভিত্তিক সংস্থা (CBOs) দ্বারা পরিচালিত হয়ে থাকে। এই ফর্মের মাধ্যমে আপনি বা আপনার সন্তান একটি DYCD কম্প্রহেনসিভ আন্টারস্কুল সিস্টেম (COMPASS), Beacon, অথবা Cornerstone যুব অথবা প্রাপ্তবয়স্ক কর্মসূচির জন্য আবেদন করতে পারেন। অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং CBO-তে জমা দিন যারা এই কর্মসূচিগুলি পরিচালনা করছেন। প্রতি সাইটে একজন ব্যক্তির আবেদনপত্র গ্রহণ করা হবে। **আবেদনপত্র জমা দেওয়া কর্মসূচিতে নিবন্ধিত হওয়ার নিশ্চয়তা দেয় না।** কর্মসূচিতে নিবন্ধিত হবার যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য আরো প্রশাসনিক কাগজ এবং তথ্যের প্রয়োজন হতে পারে। যদি গৃহীত হয়, কর্মসূচির জন্য অংশগ্রহণকারীর **কোন খরচ হবে না।** নিম্নলিখিত আবেদনপত্রের দফাগুলি কেবলমাত্র তথ্যমূলক এবং কর্মসূচি পরিকল্পনার উদ্দেশ্যে সংগৃহীত হয়েছে: *আয়, লিঙ্গ, বর্ণ, জাতি, ভাষা, জনসংখ্যার ধরণ, পারিবারিক তথ্য এবং স্বাস্থ্যবীমার স্থিতি।* পরিষেবা প্রাপ্ত হবার জন্য আপনার যোগ্যতায় এই প্রশ্নগুলির উত্তর কোন প্রভাব ফেলবে না এবং আবেদনকারীর অনুমতি ব্যতীত DYCD-এর বাইরে এই তথ্য আদানপ্রদান করা হবে না।

### অংশ I: আবেদনকারীর বিষয়ে তথ্য

এই আবেদনপত্রে, পরিষেবা পাওয়ার জন্য আবেদনকারীকে **আবেদনকারী** হিসাবে উল্লেখ করা হয়েছে। একটি বাছাই করুন:

- আমি এই আবেদনপত্র আমার জন্য পূরণ করছি
- আমি পিতা-মাতা বা অভিভাবক আমার সন্তানের জন্য এই আবেদনপত্র পূরণ করছি
- আমি একজন আত্মীয়/অনাত্মীয় আবেদনকারীর পক্ষে এই আবেদনপত্র পূরণ করছি

আবেদনকারীর নাম:	আবেদনকারীর পদবী:	মধ্য আদ্যক্ষর:
আবেদনকারীর জন্মতারিখ (মামা/দিদি/বববব):		
আবেদনকারীর লিঙ্গ (একটি বাছুন):	আবেদনকারীর বর্ণ (যেগুলি প্রযোজ্য হবে বাছুন):	আবেদনকারীর জাতি (একটি বাছুন):
<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> লিঙ্গ অনুসারী নন	<input type="checkbox"/> আমেরিকান ভারতীয় এবং আলাস্কার আদিবাসী <input type="checkbox"/> এশিয়াবাসী <input type="checkbox"/> কৃষ্ণকায় বা আফ্রো-আমেরিকান <input type="checkbox"/> হাওয়াই আদিবাসী এবং অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী <input type="checkbox"/> স্বেতকায় বা ককেশীয় <input type="checkbox"/> অন্যান্য	<input type="checkbox"/> হিস্পানিক বা ল্যাটিনো(এ) <input type="checkbox"/> অ-হিস্পানিক বা অ-ল্যাটিনো(এ)
আবেদনকারীর মূল ঠিকানা (নম্বর এবং রাস্তা):		আবেদনকারীর নম্বর:
শহর:		জিপ কোড:
<input type="checkbox"/> আবেদনকারী একটি NYCHA উন্নয়নে বাস করেন (অনুগ্রহ করে নাম দিন) _____		

## অংশ II: যোগাযোগ তথ্য

### আবেদনকারীর যোগাযোগ তথ্য

যেসব খুবাদের যোগাযোগের তথ্য নেই, তারা এটি বাদ দিয়ে পিতামাতা/অভিভাবকের যোগাযোগ তথ্য প্রদানের জন্য পরবর্তী বিভাগে যান

আবেদনকারীর ফোন নম্বর লিখুন এবং পছন্দের যোগাযোগ পদ্ধতিতে গোল দাগ দিন:

- বাড়ি \_\_\_\_\_  মোবাইল \_\_\_\_\_
- কর্মস্থল \_\_\_\_\_  ইমেল \_\_\_\_\_  কোন ইমেল নেই

### পিতামাতা/অভিভাবকের বিষয়ে তথ্য

এই বিভাগ 18 বছরের নীচে আবেদনকারীদের জন্য প্রয়োজনীয়

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: \_\_\_\_\_

সমস্ত ফোন নম্বরগুলি লিখুন এবং জরুরী কল করার জন্য সেবা নম্বরটিতে গোল দাগ দিন:

- বাড়ি \_\_\_\_\_  মোবাইল \_\_\_\_\_
- কর্মস্থল \_\_\_\_\_  ইমেল \_\_\_\_\_  কোন ইমেল নেই

ঠিকানা:

অংশগ্রহণকারীর মত

শহর:

স্টেট:

জিপ কোড:

### জরুরী যোগাযোগ তথ্য

অন্ততঃপক্ষে একটি যোগাযোগ তথ্যকে চিহ্নিত করতে হবে

জরুরী যোগাযোগ #1 নাম:

অংশগ্রহণকারীর সাথে সম্পর্ক:

জরুরী যোগাযোগটি হল অংশগ্রহণকারীর পিতামাতা/অভিভাবকের

সমস্ত ফোন নম্বর লিখুন এবং জরুরী কল করার জন্য সেবা নম্বরটিতে গোল দাগ দিন:

- বাড়ি \_\_\_\_\_  মোবাইল \_\_\_\_\_
- কর্মস্থল \_\_\_\_\_  ইমেল \_\_\_\_\_  কোন ইমেল নেই

ঠিকানা:

অংশগ্রহণকারীর মতই

শহর:

স্টেট:

জিপ কোড:

জরুরী যোগাযোগ #2 নাম:

অংশগ্রহণকারীর সাথে সম্পর্ক:

জরুরী যোগাযোগটি হল অংশগ্রহণকারীর পিতামাতা/অভিভাবকের

সমস্ত ফোন নম্বর লিখুন এবং জরুরী কল করার জন্য সেবা নম্বরটিতে গোল দাগ দিন:

- বাড়ি \_\_\_\_\_  মোবাইল \_\_\_\_\_
- কর্মস্থল \_\_\_\_\_  ইমেল \_\_\_\_\_  কোন ইমেল নেই

ঠিকানা:

অংশগ্রহণকারীর মতই

শহর:

স্টেট:

জিপ কোড:

এই বিভাগটি পিতামাতা অভিভাবকদের জন্য যারা তাদের সন্তানদের নিবন্ধিত করাচ্ছেন

শিশুদের গাড়িতে তোলার জন্য বিভাগ II-এ তালিকাভুক্ত জরুরী যোগাযোগগুলি হল অনুমোদিত যদি না অন্য কিছু উল্লেখ করা থাকে।

নিম্নলিখিত অতিরিক্ত ব্যক্তিগণ শিশুকে গাড়িতে তোলার জন্য অনুমোদিত:

নাম:	ফোন #:	সম্পর্ক:
নাম:	ফোন #:	সম্পর্ক:
নাম:	ফোন #:	সম্পর্ক:
নিম্নলিখিত ব্যক্তিগণ আমার শিশুকে গাড়িতে নাও তুলতে পারে:		
নাম:	নাম:	নাম:

### অংশ III: অংশগ্রহণকারীর শিক্ষাগত/ কর্ম অবস্থান

আবেদনকারীর শিক্ষাগত অবস্থান (একটি বাছাই করুন):

পুরো-সময়ের শিক্ষার্থী\*\*\*  পুরো-সময়ের শিক্ষার্থী\*\*\*  স্কুলে নেই\*\*\*\*

\*\*\*যদি আবেদনকারী আংশিক-সময়ের শিক্ষার্থী অথবা পুরো-সময়ের শিক্ষার্থী হন: আবেদনকারীর বর্তমান গ্রেড বাছাই করুন (একটি বাছুন):

\*\*\*\*যদি আবেদনকারী স্কুলে না পড়েন: আবেদনকারী দ্বারা সমাপ্ত করা শেষ গ্রেড বাছাই করুন (একটি বাছুন):

**প্রাথমিক স্কুল:**  প্রি-K  K  1ম  2য়  3য়  4র্থ  5ম  
**মাধ্যমিক স্কুল:**  6র্থ  7ম  8র্থ  
**হাই স্কুল:**  9ম  10ম  11শ  12শ  
**কমিউনিটি কলেজ:**  1ম বর্ষ  2য় বর্ষ  3য় বর্ষ  4র্থ বর্ষ  5ম বর্ষ  6র্থ বর্ষ +  
**কলেজ/বিশ্ববিদ্যালয়:**  প্রথম বর্ষ  দ্বিতীয় বর্ষ  কনিষ্ঠ  বরিষ্ঠ  
**অন্যান্য:**  হাই স্কুল সমতুল্য (HSE)  বৃত্তিমূলক / প্রায়োগিক স্কুল  বিদেশী ডিগ্রী

কর্মচারীর বর্তমান কর্ম অবস্থান (একটি বাছুন):

পুরো-সময়ের জন্য নিযুক্ত  আংশিক-সময়ের জন্য নিযুক্ত  অবসরপ্রাপ্ত  
 কর্মহীন (সংক্ষিপ্ত-মেয়াদ, 6 মাস বা কম)  কর্মহীন (দীর্ঘ-মেয়াদী, 6 মাসের বেশী)  কর্মহীন (শ্রমিক দলে নেই)  
 অভিবাসী মরশুমী খামার কর্মী  প্রযোজ্য নয় (আবেদনকারী 14 বছরের কম বয়সী)

পুরো-সময়ের শিক্ষার্থীদের জন্য প্রয়োজনীয়

শিক্ষার্থী ID/ OSIS:

স্কুলের ধরণ:

সরকারী  চার্টার  বেসরকারী  অন্যান্য \_\_\_\_\_

স্কুলের নাম:

স্কুলের ঠিকানা:

শহর:

জিপ কোড:

#### অংশ IV: স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য

##### আবেদনকারীর স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য

অনুগ্রহ করে নীচের প্রশ্নাবলীর উত্তর দিন এবং প্রদত্ত স্থানে অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করুন।  
অনেক চাহিদা ও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অসুবিধাগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করা যেতে পারে ও কর্মসূচির নিবন্ধনে নাও সীমিত থাকতে পারে।

আবেদনকারীর কি কোন অ্যালার্জি আছে? (খাদ্য, ওষুধ, ইত্যাদি)

না  হ্যাঁ \_\_\_\_\_

আবেদনকারীর কি স্বাসকষ্ট আছে?

না  হ্যাঁ

আবেদনকারীর কি কোন বিশেষ স্বাস্থ্যসেবার প্রয়োজন আছে?

না  হ্যাঁ \_\_\_\_\_

আবেদনকারী কি কোন অবস্থা বা অসুস্থতার জন্য ওষুধপত্র নেন?

না  হ্যাঁ \_\_\_\_\_

এরকম কি কোন কার্যকলাপ আছে যাতে আবেদনকারী অংশগ্রহণ করতে পারেন না?

না  হ্যাঁ \_\_\_\_\_

অনুগ্রহ করে যেকোন অতিরিক্ত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করুন:

প্র/ন

অনুগ্রহ করে আপনি আপনার/আবেদনকারীর জন্য যে স্বাক্ষর(গুলি) চাইছে তা তালিকাভুক্ত করুন:

প্র/ন

##### আবেদনকারীর স্বাস্থ্যবীমার অবস্থান

আবেদনকারীর কি স্বাস্থ্যবীমা আছে?  
(একটি বাছাই করুন):

হ্যাঁ  না  
 উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন

যদি হ্যাঁ হয়, আবেদনকারীর কোন ধরণের স্বাস্থ্যবীমা রয়েছে?  
(পরীক্ষা করুন কোনটি প্রযোজ্য):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> মেডিকইড              | <input type="checkbox"/> মেডিকয়ার                 | <input type="checkbox"/> শিশুদের জন্য স্টেট স্বাস্থ্যবীমা কর্মসূচি          |
| <input type="checkbox"/> নিয়োগ-ভিত্তিক       | <input type="checkbox"/> সরাসরি-ক্রয়              | <input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য স্টেট স্বাস্থ্যবীমা কর্মসূচি |
| <input type="checkbox"/> সামরিক স্বাস্থ্যসেবা | <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন |   |

যদি আপনার স্বাস্থ্যবীমা না থাকে, আপনি কি সার্বজনীন স্বাস্থ্যবীমায় যুক্ত হতে আর কারো দ্বারা তথ্যসহ যোগাযোগ পেতে চাইছেন? (একটি বাছুন):

হ্যাঁ  না  উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন

যদি আপনি সার্বজনীন স্বাস্থ্যবীমায় যুক্ত হতে কারো দ্বারা যোগাযোগ পেতে চান, আপনার পছন্দের যোগাযোগ পদ্ধতি কি? (একটি বাছুন):

ইমেল  ফোন  ইউএস মেল  প্রদানকারীর মাধ্যমে  
 উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন

## অংশ V: আবেদনকারীর বিষয়ে অতিরিক্ত তথ্য

আবেদনকারী কত ভাষাভাষে ইংরাজী বলেন? (একটি বাছুন):

- অনর্গল/খুব ভাল  
 ভাল  
 ভাল নয়  
 আদৌ ভাল নয়

আবেদনকারীর মাতৃ ভাষা (একটি বাছুন):

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ইংরাজী            | <input type="checkbox"/> অ্যালবেনিয়ান      | <input type="checkbox"/> আরবী     |
| <input type="checkbox"/> বাংলা             | <input type="checkbox"/> চীনা*              | <input type="checkbox"/> ফরাসী    |
| <input type="checkbox"/> ফুলানী            | <input type="checkbox"/> জার্মানী           | <input type="checkbox"/> গুজরাটী  |
| <input type="checkbox"/> হাইতিয়ান ক্রেবোল | <input type="checkbox"/> হিব্রু             | <input type="checkbox"/> হিন্দী   |
| <input type="checkbox"/> হাঙ্গেরি          | <input type="checkbox"/> ইতালি              | <input type="checkbox"/> জাপানী   |
| <input type="checkbox"/> কোরিয়ান          | <input type="checkbox"/> ফু, ইবো, বা ইওরুবা | <input type="checkbox"/> মাল্ডে   |
| <input type="checkbox"/> পাঞ্জাবী          | <input type="checkbox"/> পারসিক             | <input type="checkbox"/> পোলিশ    |
| <input type="checkbox"/> পর্তুগীজ          | <input type="checkbox"/> রোমানিয়ান         | <input type="checkbox"/> রাশিয়ান |
| <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ         | <input type="checkbox"/> টাগালোগ            | <input type="checkbox"/> তুর্কী   |
| <input type="checkbox"/> উর্দু             | <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামী         | <input type="checkbox"/> ইন্দিশ   |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____   |   |                                   |

\*ক্যান্টোনিস্ এবং মাল্দারিন সহ

আবেদনকারী অন্যান্য যে ভাষায় বলতে পারেন (যেগুলি প্রযোজ্য বাছাই করুন):

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ইংরাজী  | <input type="checkbox"/> অ্যালবেনিয়ান      | <input type="checkbox"/> আরবী     |
| <input type="checkbox"/> বাংলা   | <input type="checkbox"/> চীনা*              | <input type="checkbox"/> ফরাসী    |
| <input type="checkbox"/> ফুলানী  | <input type="checkbox"/> জার্মানী           | <input type="checkbox"/> গুজরাটী  |
| <input type="checkbox"/> হাইতিয়ান ক্রেবোল                                       | <input type="checkbox"/> হিব্রু             | <input type="checkbox"/> হিন্দী   |
| <input type="checkbox"/> হাঙ্গেরি  | <input type="checkbox"/> ইতালি              | <input type="checkbox"/> জাপানী   |
| <input type="checkbox"/> কোরিয়ান  | <input type="checkbox"/> ফু, ইবো, বা ইওরুবা | <input type="checkbox"/> মাল্ডে   |
| <input type="checkbox"/> পাঞ্জাবী  | <input type="checkbox"/> পারসিক             | <input type="checkbox"/> পোলিশ    |
| <input type="checkbox"/> পর্তুগীজ  | <input type="checkbox"/> রোমানিয়ান         | <input type="checkbox"/> রাশিয়ান |
| <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ   | <input type="checkbox"/> টাগালোগ            | <input type="checkbox"/> তুর্কী   |
| <input type="checkbox"/> উর্দু   | <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামী         | <input type="checkbox"/> ইন্দিশ   |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____   |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয় (কেবলমাত্র আবেদনকারী একটি ভাষা বলতে পারেন) |   |                                   |

\*ক্যান্টোনিস্ এবং মাল্দারিন সহ

আবেদনকারী কি ভোট দিতে নিবন্ধীকরণের বিষয়ে তথ্য প্রাপ্ত হতে/ যোগাযোগ পেতে চান?\*

(একটি বাছুন):

- হ্যাঁ  না

\*আবেদনকারী ইউএস ফেডারেল নির্বাচনে ভোট দেবার উপযুক্ত হবেন যদি:

- 1) আপনি ইউএসএ-এর নাগরিক হন;
- 2) আপনি আপনার স্টেটের বাসস্থানের অবশ্যিক শর্ত পূরণ করতে পারেন;
- 3) আপনার 18 বছর বয়স হয়। কোন কোন স্টেট প্রাইমারিতে 17 বছর বয়সীদের ভোট দেবার অনুমতি দেয় এবং/অথবা ভোটারের জন্য নিবন্ধিত হতে দেয় যদি তাদের বয়স সাধারণ নির্বাচনের আগে 18 বছর হয়। আপনার স্টেটের ভোটার নিবন্ধনের বয়সের আবশ্যিক শর্ত পরীক্ষা করুন।

যদি আবেদনকারী নীচের মধ্যে কোন একটি হন:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| পিতামাতা/আইনি অভিভাবক?         | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  |
| অপরাধী/আদালতে অভিযুক্ত?        | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  |
| পালক হিসাবে সেবা অংশগ্রহণকারী? | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  |
| পলাতক যুব?                     | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  |
| অভিযুক্ত?                      | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  |
| সক্রিয় সামরিক ব্যক্তি?        | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না  |
| অক্ষমতা সহ কোন ব্যক্তি?        | <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন |

যদি আবেদনকারী একজন বিকলাঙ্গ ব্যক্তি হন, অনুগ্রহ করে বিকলাঙ্গতার ধরণ(গুলি) বাছাই করুন (যেগুলি প্রযোজ্য বাছাই করুন):

- বোধশক্তি হানি  
 কান-সম্পর্কিত  
 শ্রবণ অক্ষমতা  
 মানসিক বা মনোরোগ সংক্রান্ত  
 শারীরিক/দুরারোগ্য স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অবস্থা  
 শারীরিক/গতিশীলতার হানি  
 দৃষ্টি-সম্পর্কিত  
 অন্যান্য: \_\_\_\_\_  
 উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন

## অংশ VI: পারিবারিক তথ্য

পরবর্তী সমস্ত প্রশ্নমালা সেটের জন্য, **পরিবার**-কে কোন স্বতন্ত্র ব্যক্তি বা স্বতন্ত্র ব্যক্তিদের গোষ্ঠী (পরিবার বা পরিবারের বাইরের সদস্য) হিসাবে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে যারা একত্রে একটি আর্থিক একক হিসাবে বসবাস করেন। **আয়** বলতে পরিবারের মধ্যে বসবাস করা পরিবার এবং পরিবারের বাইরের 18+ বছরের সকল সদস্যদের সর্বমোট বার্ষিক আয়কে সংজ্ঞায়িত করা হয়ে থাকে।

### আবেদনকারী একটি পরিবারে বাস করেন যার প্রধান হলেন

(একটি বাছুন):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> একক মাতা-জননী                             | <input type="checkbox"/> দুইজন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি - কোন সন্তান নেই |
| <input type="checkbox"/> একক পিতা - পুরুষ                          | <input type="checkbox"/> দুই পিতামাতার পরিবার                         |
| <input type="checkbox"/> একক ব্যক্তি - কোন সন্তান নেই              | <input type="checkbox"/> বিবিধ প্রজন্মের পরিবার                       |
| <input type="checkbox"/> সন্তানসহ সম্পর্কহীন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____                              |

### আবেদনকারীর বাড়ির ধরণ (একটি বাছুন):

- |   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> নিজস্ব                 | <input type="checkbox"/> ভাড়া     | <input type="checkbox"/> NYCHA |
| <input type="checkbox"/> আশ্রয়                 | <input type="checkbox"/> নিরাশ্রয় |                                |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য স্থায়ী বাড়ি |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____        |                                    |                                |

### আবেদনকারীর পরিবারের আকার (একটি বাছুন):

- |                               |                                 |                                |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> এক   | <input type="checkbox"/> দুই    | <input type="checkbox"/> তিন   |
| <input type="checkbox"/> চার  | <input type="checkbox"/> পাঁচ   | <input type="checkbox"/> ছয়   |
| <input type="checkbox"/> সাত  | <input type="checkbox"/> আট     | <input type="checkbox"/> নয়   |
| <input type="checkbox"/> দশ   | <input type="checkbox"/> এগারো  | <input type="checkbox"/> বারো  |
| <input type="checkbox"/> তেরো | <input type="checkbox"/> চোদ্দ  | <input type="checkbox"/> পনেরো |
| <input type="checkbox"/> ষোলো | <input type="checkbox"/> সতেরো  | <input type="checkbox"/> আঠারো |
| <input type="checkbox"/> উনিশ | <input type="checkbox"/> কুড়ি+ |                                |

### গত 12 মাসে সর্বমোট পারিবারিক আয় (একটি বাছুন):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0                    | <input type="checkbox"/> \$1 থেকে \$12,060         | <input type="checkbox"/> \$12,061 থেকে \$16,240  |
| <input type="checkbox"/> \$16,241 থেকে \$20,420 | <input type="checkbox"/> \$20,421 থেকে \$24,600    | <input type="checkbox"/> \$24,601 থেকে \$28,780  |
| <input type="checkbox"/> \$28,781 থেকে \$32,960 | <input type="checkbox"/> \$32,961 থেকে \$37,140    | <input type="checkbox"/> \$37,141 থেকে \$41,320  |
| <input type="checkbox"/> \$41,321 থেকে \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001 থেকে \$60,000    | <input type="checkbox"/> \$60,001 থেকে \$70,000  |
| <input type="checkbox"/> \$70,001 থেকে \$80,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001 থেকে \$90,000    | <input type="checkbox"/> \$90,001 থেকে \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$100,000+             | <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন |  |

### আবেদনকারীর পারিবারিক আয়ের সূত্র (যেগুলি প্রযোজ্য হবে বাছুন):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> চাকুরির বেতন                               | <input type="checkbox"/> সাময়িকী সেবা আইনে ভর্তুকি          | <input type="checkbox"/> খোরপোশ বা অন্যান্য বিবাহ সম্পর্কিত সহায়তা | <input type="checkbox"/> শিশু সহায়তা                            |
| <input type="checkbox"/> শিশুসেবা ভাউচার                            | <input type="checkbox"/> অর্জিত আয়করে ক্রেডিট (EITC)        | <input type="checkbox"/> চাকুরির আয়ের ক্রেডিট                      | <input type="checkbox"/> সাধারণ সহায়তা                          |
| <input type="checkbox"/> বাড়ি বাছাই ভাউচার                         | <input type="checkbox"/> HUD-VASH                            | <input type="checkbox"/> LIEHEAP                                    | <input type="checkbox"/> পেনশন                                   |
| <input type="checkbox"/> স্থায়ী সহায়ক বাড়ি                       | <input type="checkbox"/> বেসরকারী বিকলাঙ্গ বীমা              | <input type="checkbox"/> সরকারী বাড়ি                               | <input type="checkbox"/> সুরক্ষা জাল/বাড়ির জন্য সাহায্য         |
| <input type="checkbox"/> সামাজিক সুরক্ষা থেকে অবসরপ্রাপ্ত আয়       | <input type="checkbox"/> সামাজিক সুরক্ষা বিকলাঙ্গ আয় (SSDI) | <input type="checkbox"/> সম্পূর্ণক সুরক্ষা আয় (SSI)                | <input type="checkbox"/> সম্পূর্ণক পুষ্টি সহায়ক কর্মসূচি (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> দরিদ্র পরিবারে জন্য সাময়িক সহায়তা (TANF) | <input type="checkbox"/> বেকারি বীমা                         | <input type="checkbox"/> VA পরিষেবা বিজড়িত অক্ষমতা পেনশন           | <input type="checkbox"/> VA পরিষেবা যুক্ত অক্ষমতা ক্ষতিপূরণ      |
| <input type="checkbox"/> WIC  | <input type="checkbox"/> শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ                 | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____                            |  |

উত্তর দিতে অস্বীকার করছেন

## অংশ VII: সম্মতি এবং স্বাক্ষর

### গাড়িতে ওঠানো/ছুটির বিষয়ে তথ্য

যেসমস্ত পিতামাতা / অভিভাবকরা তাদের সন্তানদের নিবন্ধীত করছেন তাদের এই প্রশ্নের উত্তর অবশ্যই দিতে হবে

ছুটির পরে আমার সন্তানের বাড়িতে একাকী যাবার অনুমতি আছে:

হ্যাঁ  না

### অংশগ্রহণ করায় সম্মতি

আমার সর্বোত্তম জ্ঞানমতে উপরোক্ত তথ্য সত্য। আমি এগুলির যাচাইয়ে সম্মত আছি এবং বুঝতে পারছি যে মিথ্যা প্রকাশের কারণে পরিষেবার পরিসমাপ্তি হতে পারে। সিটি পরিষেবা উন্নত করতে প্রদত্ত তথ্য নিউইয়র্ক সিটি পরিষেবা দ্বারা অধিগত করা হতে পারে এবং ঐ পরিষেবাগুলিতে এবং অতিরিক্ত অর্থায়নের জন্য অধিগত করা হতে পারে।

### যদি অংশগ্রহণকারী 18 বছর বয়সী এবং তার বেশী হন:

আমি স্বীকার করছি যে আমার বয়স 18 বছর বা বেশী এবং আমি সম্মতি দিতে অনুমতিপ্রাপ্ত।

হ্যাঁ  না

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

অংশগ্রহণকারী: মুদ্রিত নাম

তারিখ

### যদি অংশগ্রহণকারী 18 বছরের কম হন:

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

পিতামাতা/অভিভাবক: মুদ্রিত নাম

তারিখ

### জরুরী চিকিত্সার জন্য সম্মতি

### যদি অংশগ্রহণকারী 18 বছর বয়সী এবং তার বেশী হন:

আমি DYCD-অর্থায়ন কর্মসূচিতে একজন অংশগ্রহণকারী হিসাবে নিবন্ধিত হয়েছি। কোন জরুরী চিকিত্সার কারণে, আমি এতদ্বারা প্রয়োজনীয় জরুরী চিকিত্সার জন্য আমার পক্ষ থেকে সম্মতি প্রদান করছি। এছাড়াও, আমি তালিকাভুক্ত জরুরী যোগাযোগ(গুলি)তে যোগাযোগ করার জন্য অনুমতি দিচ্ছি।

হ্যাঁ, আমি আমার অনুমতি দিচ্ছি  না, আমি অনুমতি দিচ্ছি না

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

অংশগ্রহণকারী: মুদ্রিত নাম

তারিখ

### যদি অংশগ্রহণকারী 18 বছরের কম হন:

আমার সন্তান একজন অংশগ্রহণকারী হিসাবে DYCD-অর্থায়ন কর্মসূচিতে নিবন্ধিত হয়েছে। আমি এতদ্বারা কোন জরুরী চিকিত্সার কারণে, আমার সন্তান দ্বারা প্রয়োজনীয় জরুরী চিকিত্সা প্রাপ্ত হবার জন্য সম্মতি প্রদান করছি, এই উপলক্ষিতে যে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব আমাকে অবহিত করা হবে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার সাথে যোগাযোগ করার সমস্ত প্রচেষ্টাই করা হবে, অথবা, যদি আমাকে না পাওয়া যায়, তালিকাভুক্ত জরুরী অবস্থার যোগাযোগ(গুলি)-তে চিকিত্সা সেবা প্রদানের পূর্বে বা পরে যোগাযোগ করা হবে।

হ্যাঁ, আমি আমার অনুমতি দিচ্ছি  না, আমি অনুমতি দিচ্ছি না

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

পিতামাতা/অভিভাবক: মুদ্রিত নাম

তারিখ

## ফটোগ্রাফি/ভিডিওটেপিংয়ের জন্য সম্মতি এবং মূল কাজের ব্যবহার

একটি DYCD-অর্থায়ন কর্মসূচিতে নিবন্ধিত একজন অংশগ্রহণকারী হিসাবে, অনুগ্রহ করে অবহিত হন যে সময়ে সময়ে DYCD এবং নিউইয়র্ক সিটি, এদের চুক্তিকৃত পরিষেবা প্রদানকারী, অনুমোদিত এজেন্ট, তৃতীয়-পক্ষের সংস্থাসমূহ যার সাথে এটি একত্রে কাজ করছে, অথবা অন্যান্য সরকার, প্রতিনিধিবৃন্দ (একত্রে, “অনুমোদিত পক্ষসমূহ”) কর্মসূচির ক্রিয়াকলাপ চলাকালীন এবং পরিষেবা কর্মসূচিগুলির সাথে সংশ্লিষ্ট সাধারণ কর্মসূচির স্থানে অথবা নির্দিষ্ট স্থানের বাইরে উভয় বিশেষ অনুষ্ঠানগুলিতে উপস্থিত থাকতে পারেন। কোন কোন ক্ষেত্রে, তারা এই কর্মসূচিতে অংশগ্রহণকারী এবং তাদের পরিবার এবং বন্ধুবান্ধবদের ফটো তুলতে পারেন, ভিডিওটেপ করতে পারেন, সাক্ষাত্কার নিতে পারেন অথবা অন্যভাবে রেকর্ড করতে পারেন। প্রাপ্ত ছবি, ভিডিও, এবং সাক্ষাত্কারগুলি অংশগ্রহণকারীর নাম সহ বা তা ব্যতীত মুদ্রিত এবং ইলেকট্রনিক মাধ্যমে ব্যবহার করা যেতে পারে যেমন ইস্তাহার, বই, মুদ্রন এবং ইমেল নিউজলেটার, ডিভিডি এবং ভিডিও, ওয়েবসাইট, সামাজিক মাধ্যম এবং ব্লগে (একত্রে “মাধ্যম”)।

আমি এতদদ্বারা অনুমোদিত পক্ষগুলিকে DYCD-অর্থায়ন কর্মসূচি চলাকালীন এবং বিশেষ অনুষ্ঠানে, ক্ষতিপূরণ ও পুনরায় অনুমোদন ব্যতীত, অনুমোদিত পক্ষগুলিকে ফটো তুলতে এবং/অথবা আমার বা আমার সন্তানদের ছবি, নাম, পছন্দ, এবং আমার এবং আমার সন্তানের কণ্ঠস্বর রেকর্ড করার অনুমোদন এবং অনুমতি দিচ্ছি, এবং আমি এতদদ্বারা অনুমোদিত পক্ষগুলির দ্বারা পুনরায় ক্ষতিপূরণ ও অনুমোদন ব্যতীত, কেবলমাত্র অ-লাভ, অ-বাণিজ্যিক উদ্দেশ্যে যেকোন এবং সকল মাধ্যমে প্রাপ্ত ছবি, ভিডিও এবং সাক্ষাত্কার ব্যবহার করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

হ্যাঁ  না

যদি DYCD-অর্থায়ন কর্মসূচি এবং বিশেষ ঘটনাগুলিতে অংশগ্রহণ চলাকালীন, কোন মূল কাজ যেমন কলা, সঙ্গীত, নৃত্যবিন্যাস, পদ্য, অথবা গদ্য (একত্রে “মূল কাজ”) আমার বা আমার সন্তানের দ্বারা সৃষ্ট হয়ে থাকলে, আমি এতদদ্বারা এই মূল কাজের অনুমোদিত পক্ষগুলির দ্বারা ক্ষতিপূরণ ও পুনরায় অনুমোদন ব্যতীত, কেবলমাত্র অ-লাভ, অ-বাণিজ্যিক উদ্দেশ্যে যেকোন এবং সকল মাধ্যমে প্রাপ্ত ছবি, ভিডিও এবং সাক্ষাত্কার ব্যবহারের জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

হ্যাঁ  না

### যদি অংশগ্রহণকারী 18 বছর বয়সী এবং তার বেশী হন:

আমি স্বীকার করছি যে আমার বয়স 18 বছর বা তার বেশী এবং আমি সম্মতি দিতে অনুমতিপ্রাপ্ত।

হ্যাঁ  না

অংশগ্রহণকারীর পুরো নাম

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

### যদি অংশগ্রহণকারী 18 বছরের কম হন:

অংশগ্রহণকারীর পুরো নাম

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

## শিক্ষার্থীর তথ্য সংগ্রহ করতে এবং আদানপ্রদান করতে পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি

**যুব এবং সমাজ উন্নয়ন বিভাগ (DYCD)** এর উদ্দেশ্যের অংশ হিসাবে আপনার সন্তানকে তার পূর্ণ সম্ভাবনার লক্ষ্যে পৌঁছাতে সাহায্য করার জন্য এই কর্মসূচিতে আর্থিক জোগান দিচ্ছে। আমাদের কর্মসূচির অনেকগুলি সমাজ-ভিত্তিক সংস্থা দ্বারা পরিচালিত হয়ে থাকে। আপনি বা আপনার সন্তানদের দ্বারা প্রাপ্ত পরিষেবা যাতে সর্বোচ্চ মানের হয় আমরা তা নিশ্চিত করার জন্য কাজ করে থাকি। DYCD আপনার সন্তানদের চাহিদা, তাদের অংশগ্রহণ ও প্রদত্ত মানসম্মত পরিষেবার বিষয়ে তথ্য সংগ্রহের জন্য আপনাকে আমাদের অনুমতি প্রদানের জন্য অনুরোধ করছে।

### DYCD আপনার সন্তানের শিক্ষার্থী রেকর্ড থেকে কি তথ্যের জন্য অনুরোধ করছে?

আমরা NYC শিক্ষা বিভাগের (DOE)-এর জন্য DYCD-তে রক্ষিত আপনার সন্তানের শিক্ষার্থী রেকর্ড থেকে ব্যক্তিগত শনাক্তযোগ্য তথ্য আদানপ্রদানে আপনার অনুমতির জন্য অনুরোধ করছি। যে তথ্য আমরা সংগ্রহ করতে চাই তার অন্তর্ভুক্ত হল জীবনীমূলক এবং নিবন্ধনের বিষয়ে তথ্য (বিশেষভাবে আপনার সন্তানের নাম, ঠিকানা, জন্মতারিখ, শিক্ষার্থী পরিচয় নম্বর, গ্রেড, যেই স্কুল(গুলি)-তে ভর্তি ছিল এবং স্থানান্তরণ, পরিত্যাগ, এবং আপনার সন্তানের গ্রাজুয়েশন তথ্য); আপনার সন্তানের স্কুলে উপস্থিতির বিষয়ে ডেটা (উপস্থিত এবং অনুপস্থিত দিনের সংখ্যাসহ); এবং শিক্ষাগত যোগ্যতার ডেটা (আপনার সন্তানের স্টেট এবং জাতীয় পরীক্ষায় ফলাফল সহ, অর্জিত ক্রেডিট, গ্রেড, উন্নতি এবং একই শ্রেণীতে থাকার অবস্থা, এবং ফিটনেসগ্রাম নম্বর সহ); এবং আপনার সন্তানের বিরুদ্ধে যেকোন অনুশাসনমূলক পদক্ষেপ সম্পর্কিত ডেটা (সাময়িক বরখাস্তের সংখ্যা এবং ধরণ সহ)।

**আমরা আপনার সন্তানের বিষয়ে অতীত, বর্তমান এবং ভবিষ্যতের (অর্থাৎ চলমান) ভিত্তিতে উপরোক্ত তালিকাভুক্ত তথ্য সংগ্রহ করার জন্য অনুরোধ করছি।**

আমরা DYCD-এর পক্ষে DOE কর্মীদের থেকে আপনার এবং/অথবা আপনার সন্তানের নিবন্ধন ফর্ম থেকে সংগৃহীত তথ্য আদানপ্রদানের জন্য আপনার অনুমতির জন্য অনুরোধ করছি। এই তথ্যের অন্তর্ভুক্ত হল নিবন্ধন নম্বর, শিক্ষার্থীর আগ্রহ এবং অসুবিধা, কি ধরণের কর্মসূচিতে নিবন্ধিত হয়েছে এবং অংশগ্রহণের পৌনঃপুনিকতা। এই তথ্য আপনার এবং আপনার সন্তানের চাহিদা পূরণের জন্য স্কুল এবং সামাজিক সংস্থার একত্রিত হয়ে কাজ করতে সহায়তা করার জন্য ব্যবহৃত হবে।

### কারা আমার সন্তানের তথ্য দেখবেন এবং এগুলিকে কিভাবে সুরক্ষিত থাকবে?

কেবলমাত্র DYCD এবং DOE কর্মীরা আপনার সন্তানের ব্যক্তিগত তথ্য দেখতে পারবেন যারা ডেটা পদ্ধতি ব্যবস্থাপনা করে থাকেন এবং গবেষণা রিপোর্ট ও কর্মসূচি বিশ্লেষণ প্রস্তুত করে থাকেন। ব্যক্তিগত তথ্য পাওয়ার জন্য সীমিত সংখ্যক চিহ্নিত DYCD কর্মীদের বাছাই করা হয়েছে, এবং আপনাকে বা আপনার সন্তানকে ব্যক্তিগতভাবে চিহ্নিত করা যায় এমন তথ্যের গোপনীয়তা সুরক্ষিত রাখার জন্য কঠোর নির্দেশিকা অনুসরণ করার বিষয়ে ব্যাপক প্রশিক্ষণ প্রদান করা হয়েছে। শিক্ষার্থীর রেকর্ড থেকে সংগৃহীত ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তযোগ্য তথ্য শুধুমাত্র DOE এবং DYCD-র মধ্যে ইলেকট্রনিক পদ্ধতিতে আদানপ্রদান করা হবে এবং DYCD-এর ডেটাবেসে সঞ্চিত এবং সুরক্ষিত রাখা হবে। ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তযোগ্য তথ্য কোন সমাজ-ভিত্তিক সংস্থা বা সেটির কর্মীদের সাথে আদানপ্রদান করা হবে না। আমরা আপনার বা আপনার সন্তানের নাম কোন প্রকাশিত রিপোর্টে ব্যবহার করব না। যদিও আমরা আপনার সম্মতির জন্য অনুরোধ করছি, নীচের অনুরোধগুলিতে আপনার উত্তরের উপরে DYCD নিবেশিত কর্মসূচিতে আপনার সন্তানের অংশগ্রহণে কোন প্রভাব পড়বে না।

#### অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিবৃতিগুলির প্রতিটিতে হ্যাঁ অথবা না যাচাই করুন:

আমি বুঝতে পেরেছি কেন DYCD আমার সন্তানের শিক্ষার্থী রেকর্ড থেকে উপরে তালিকাভুক্ত তথ্য অধিগত করার জন্য আমার অনুমতি চাইছে, এবং আমি DOE-কে DYCD-এর সাথে ঐ তথ্য নিরবিচ্ছিন্নভাবে আদানপ্রদান করার জন্য অনুমতি প্রদান করছি।

হ্যাঁ, আমি আমার অনুমতি দিচ্ছি  না, আমি আমার অনুমতি দিচ্ছি না

আমি বুঝতে পেরেছি DYCD কেন আমার সন্তানের বিষয়ে DYCD দ্বারা সংগৃহীত তথ্য DOE কর্মীদের সাথে আদানপ্রদানের জন্য আমার অনুমতি চাইছেন এবং আমি DYCD-কে DOE-এর সাথে ঐ তথ্য নিরবিচ্ছিন্নভাবে আদানপ্রদান করার জন্য অনুমতি প্রদান করছি।

হ্যাঁ, আমি আমার অনুমতি দিচ্ছি  না, আমি আমার অনুমতি দিচ্ছি না

শিক্ষার্থী/আবেদনকারীর নাম: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

অতিরিক্ত পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: (ঐচ্ছিক): \_\_\_\_\_

অতিরিক্ত পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: (ঐচ্ছিক): \_\_\_\_\_