

নিউ ইয়র্ক সিটি আর্লি এডুকেশন সেন্টার (NYCEEC) পূর্ণ-দিবসের 3-কে কর্মসূচি 2019-2020 স্কুল বছরের জন্য রেজিস্ট্রেশন ফর্ম

নির্দেশনা:

অনুগ্রহ করে স্পষ্টাক্ষরে লিখুন শুধু নীল বা কালো কালি দিয়ে। অনুগ্রহ করে জেনে রাখুন যে শুধু নিউ ইয়র্ক সিটিতে বসবাসকারী পিতামাতা/অভিভাবকগণ রেজিস্ট্রেশন ফর্ম জমা দিতে পারবেন। রেজিস্ট্রেশন ফর্মটি স্বাক্ষর করে আপনি যে এনওয়াইসিইইসি-তে রেজিস্টার করতে আগ্রহী সরাসরি সেখানে পাঠিয়ে দিন। রেকর্ড রাখার উদ্দেশ্যে মনে করে রেজিস্ট্রেশন ফর্ম-এর একটি কপি নিজের জন্য রাখুন। এনওয়াইসিইইসিগুলোর একটি তালিকার জন্য, আপনার স্থানীয় স্কুল, এনওয়াইসিইইসি, অথবা অনলাইনে nyc.gov/prek ঠিকানায় লভ্য প্রি-কিন্ডারগার্টেন নির্দেশিকাটি অনুগ্রহ করে পর্যালোচনা করুন।

আপনি যে এনওয়াইসিইইসি-তে রেজিস্ট্রেশন করছেন তার নাম: _____

সেকশন A: শিক্ষার্থীর তথ্য - দয়া করে কালিতে স্পষ্ট হরফে লিখুন			
শিক্ষার্থীর শেষ নাম	শিক্ষার্থীর প্রথম নাম	জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বৎসর)	লিঙ্গ (ঐচ্ছিক)
		/ / 2016	<input type="checkbox"/> পু <input type="checkbox"/> স্ত্রী
শিক্ষার্থীর বর্তমান ঠিকানা (বাড়ির নম্বর #, রাস্তা, অ্যাপ্ট. #, সিটি, স্টেট এবং জিপকোড)		শিক্ষার্থীর হোম ডিস্ট্রিক্ট (ঐচ্ছিক)	

সেকশন B: ঐচ্ছিক তথ্য - অনুগ্রহ করে কালিতে স্পষ্ট হরফে লিখুন
<p>হেলথ ইনসুরেন্স</p> <p>শিক্ষার্থীর কি হেলথ ইনসুরেন্স আছে?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে এর ব্যাপ্তির ধরন কী? <input type="checkbox"/> প্রাইভেট হেলথ ইনসুরেন্স <input type="checkbox"/> মেডিকেইড <input type="checkbox"/> চাইল্ড হেলথ প্লাস বি</p> <p><input type="checkbox"/> না যদি না হয়, তাহলে আপনি কি চান কভারেজ নিয়ে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করা হোক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p>
<p>বাড়ির ভাষা</p> <p>3-কে ভর্তি প্রক্রিয়া সংক্রান্ত লিখিত এবং/অথবা মৌখিক তথ্য আপনি কোন ভাষায়(গুলিতে) পেতে আগ্রহী? অনুগ্রহ করে প্রযুক্ত সবটিতে চিহ্ন দিন:</p> <p><input type="checkbox"/> ইংলিশ <input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> বাংলা <input type="checkbox"/> চাইনিজ <input type="checkbox"/> ফরাসি <input type="checkbox"/> হেশিয়ান ক্রেওল <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> রাশিয়ান <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ <input type="checkbox"/> উর্দু</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য, নির্দিষ্টভাবে লিখে জানান: _____</p>

সেকশন C: পিতামাতার তথ্য -- দয়া করে কালিতে স্পষ্ট হরফে লিখুন		
<p>আমি বুঝেছি যে নিয়মিত উপস্থিতি এবং সময়ানুবর্তি আবশ্যিক সন্তানকে প্রতিদিন স্কুল থেকে বাড়িতে আনা-নেওয়ার জন্য আমি অবশ্যই একজন দায়িত্বজ্ঞানসম্পন্ন বয়স্ক ব্যক্তিকের দায়িত্ব দেবো। আমি জানি যে, কোন যাতায়াত সুবিধা দেওয়া হবে না।</p>		
পিতামাতা/অভিভাবকের শেষ নাম	পিতামাতা/অভিভাবকের প্রথম নাম	শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক
দিনের ফোন নম্বর	সন্ধ্যার ফোন নম্বর	পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা
পিতামাতা/অভিভাবকের সই:		তারিখ

পিতামাতা/অভিভাবকদের প্রতি:

নো চাইল্ড লেফট বিহাইন্ড আইন মোতাবেক ডিপার্টমেন্ট এডুকেশনকে পাবলিক স্কুলের শিক্ষার্থীদের জাতিগোষ্ঠী ও জাতি পরিচয় সংগ্রহ ও সংরক্ষণ করতে হয়। এই তথ্য আপনার স্কুলের অর্থায়ন নিরুপণে ব্যবহার করা হয়। এই তথ্য সুরক্ষা করা ও গোপন রাখা হয়।

এ কাজটি সমাধা করতে হলে আপনাদের সাহায্য আমাদের দরকার। অনুগ্রহ করে এই চিঠির অপর পৃষ্ঠায় জাতিগোষ্ঠী ও জাতি পরিচয় সংক্রান্ত প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন। প্রথম প্রশ্নটি আপনাকে আপনার সন্তান হিস্প্যানিক, ল্যাটিনো অথবা স্প্যানিশ উৎসের কিনা তা চিহ্নিত করার সুযোগ দেয়; দ্বিতীয় প্রশ্নটি আপনার সন্তানের জাতি(সমূহ) চিহ্নিত করার সুযোগ দেয়। অনুগ্রহ করে দুটি প্রশ্নের উত্তরই দিন। একটির বেশি জাতি চিহ্নিতকারী শিক্ষার্থীকে “দুই বা অধিক জাতি” শ্রেণিতে গণনা করা হবে। সব জাতির হিস্প্যানিক শিক্ষার্থীদের হিস্প্যানিক শ্রেণিতে গণনা করা হবে।

নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন প্রক্রিয়াটির স্পর্শকাতর প্রকৃতি সম্পর্কে অবহিত। ফেডারেল সরকার প্রদত্ত বিকল্পগুলো আপনার পরিবারের জাতিগোষ্ঠী অথবা জাতি পরিচয় নির্ভুল ও সম্পূর্ণভাবে উপস্থাপন নাও করতে পারে। আমরা আপনাকে আপনার বিচারবুদ্ধি অনুযায়ী জবাব দিতে উৎসাহিত করছি। আপনি যদি দুটির কোন একটি প্রশ্নের উত্তর দিতে অস্বীকার করেন, ফেডারেল বিধিবিধান আপনার পক্ষে আপনার সন্তানের পরিচয় শনাক্ত করার জন্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের স্কুল কর্মীদের বাধ্য করে।

শিক্ষার্থীদের জাতি ও জাতিগোষ্ঠী পরিচয় এই পাতার নিচে গোপনীয়তার বিধান দ্বারা সুরক্ষিত।

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ।

পিতামাতা এবং অভিভাবক: অনুগ্রহ করে এই পাতার উল্টোপৃষ্ঠার ফরম পূরণ করে আপনার সন্তানের স্কুলে ফেরত দিন।

স্কুল কর্মী: পূরণকৃত ফরম শিক্ষার্থীর কিউমুলেটিভ রেকর্ড ফোল্ডারে গোপন তথ্য হিসেবে সংরক্ষণ করুন।

গোপনীয়তা রক্ষার পদ্ধতি ও প্রবিধান

শিক্ষার্থীর নথিতে অনধিকার হস্তক্ষেপ করা এবং শিক্ষার্থীর নাম অথবা পরিচিতি নথর দিয়ে শনাক্ত করা যায় এমনভাবে কোন শিক্ষার্থীর নথিতে অনধিকার প্রকাশ করা পারিবারিক শিক্ষা অধিকার ও গোপনীয়তা আইন (১৯৭৪) এবং চ্যান্সেলরের প্রবিধান ‘এ’৮২০ অনুযায়ী নিষিদ্ধ।

১ শুধুমাত্র আদালতের নির্দেশ রয়েছে যে-ক্ষেত্রে সেখানেই স্কুলে ভর্তির ব্যাপারে জাতিপরিচয় বিবেচিত হতে পারে; লিঙ্গপরিচয় শুধুমাত্র ছেলে বা মেয়েদের জন্য যেসব স্কুল সেগুলোর ক্ষেত্রে বিবেচিত হতে পারে।

- ৫ থেকে ২১ বছর বয়সী সকলের পাবলিক স্কুলে অবৈতনিক শিক্ষা লাভের অধিকার রয়েছে।
- ফেডারেল আইন অনুসারে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনকে পাবলিক স্কুলের শিক্ষার্থীদের জাতিগোষ্ঠী ও জাতি পরিচয় সংগ্রহ এবং সংরক্ষণ করতে হয়।
- ছেলেমেয়েদের জাতি, বর্ণ, বিশ্বাস অথবা জাতিগত উৎস, লিঙ্গ, লিঙ্গগত পরিচয়, গর্ভাবস্থাজনিত, অভিবাসনগত/নাগরিকত্ব অবস্থা, প্রতিবন্ধিত্ব, যৌন অগ্রাধিকার, ধর্ম কিংবা জাতিগত পরিচয়ের কারণে ভর্তি প্রত্যাখ্যান করা যাবে না।*

শুধু ইংরেজিতে

শীর্ষ তথ্য

বরো ডিস্ট্রিক্ট স্কুল

হাই স্কুল

স্কুল স্কুল/

বর্ধিতাংশের নাম

গ্রেড কোড

ক্রাস কোড

নিউ ইয়র্ক সিটি পরিচিতি নম্বর

(শুধু হাই স্কুলের জন্য ৪ সংখ্যা বিশিষ্ট)

জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বর্ষ)

শিক্ষার্থীর নাম: শেষ, প্রথম, মধ্য নামের আদ্যাক্ষর

পিতামাতা/অভিভাবক অনুগ্রহ করে এই অংশ পূরণ করুন।

অনুগ্রহ করে উভয় প্রশ্নেরই (১) এবং (২) উত্তর দিন। উত্তর দেবার আগে, অনুগ্রহ করে, পড়ে দেখুন।

(১) নম্বর প্রশ্নের জন্য, যেটি আপনার সন্তানকে সবচেয়ে ভালোভাবে ব্যাখ্যা করে সেটিতে চিহ্ন (✓) দেবেন।

১. শিক্ষার্থী কি হিস্প্যানিক, ল্যাটিনো, বা স্প্যানিশ জাতিগত উৎসের? হিস্প্যানিক, ল্যাটিনো বা স্প্যানিশ জাতিগত উৎসের বলতে বোঝায় কিউবান, ডোমিনিকান, মেক্সিকান, পুয়েটো রিকান, মধ্য বা দক্ষিণ আমেরিকান অথবা জাতি পরিচয় বিবেচনায় না নিয়ে অন্য কোন স্প্যানিশ সংস্কৃতি বা উৎসের।

হ্যাঁ, হিস্প্যানিক

না, হিস্প্যানিক নয়

(২) নম্বর প্রশ্নের জন্য, আপনার সন্তানের বেলায় প্রযোজ্য সকল গ্রুপসমূহে (✓) চিহ্ন দিন।

২. নিচের পাঁচটি জাতিগত পরিচয় থেকে এক বা একাধিকটি বেছে নিন।

আমেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা নোটিভ: উত্তর আমেরিকার সেন্ট্রাল আমেরিকাসহ আদি জনগোষ্ঠীতে জন্ম নেয়া ব্যক্তি (এটিএস কোড: বি)

এশিয়ান: দূরপ্রাচ্য, দক্ষিণপূর্ব এশিয়া, অথবা ভারতীয় উপমহাদেশের আদি জনগোষ্ঠীতে জন্ম নেয়া ব্যক্তি এবং এর অন্তর্ভুক্ত কম্বোডিয়া, চীন, ভারত, জাপান, কোরিয়া, মালয়েশিয়া, পাকিস্তান, ফিলিপাইন দ্বীপপুঞ্জ, থাইল্যান্ড এবং ভিয়েতনাম। (এটিএস কোড: সি)

হাওয়াইয়ান আদিবাসী বা অন্য প্যাসিফিক দ্বীপবাসী: হাওয়াই, গুয়াম, অথবা অন্য প্যাসিফিক দ্বীপের জনগোষ্ঠীতে জন্ম নেয়া ব্যক্তি। (এটিএস কোড 'ডি')

কৃষ্ণাঙ্গ: আফ্রিকার যে কোন কৃষ্ণাঙ্গ জাতিগোষ্ঠী থেকে জন্ম যে কোন ব্যক্তি। (এটিএস কোড 'ই')

স্বেতাঙ্গ: ইউরোপ, উত্তর আফ্রিকা এবং মধ্যপ্রাচ্যের যে কোন জনগোষ্ঠী হতে জন্ম নেয়া ব্যক্তি। (এটিএস কোড 'এফ')

পিতামাতা/অভিভাবক/অন্যান্য/স্কুল কর্মী পর্যবেক্ষক এর স্বাক্ষর

তারিখ

শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:

পিতা/ মাতা

অভিভাবক

অন্যান্য (বর্ণনা দিন)

স্কুল কর্মী পর্যবেক্ষক

নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন
প্রি-কিডারগার্টেন ভাষা চাহিদার সমীক্ষা

প্রিয় _____ (enter student name here) এর পিতামাতা বা অভিভাবক,
এই সমীক্ষা আপনার প্রি-কিডারগার্টেন এনরোলমেন্ট প্যাকেজের গুরুত্বপূর্ণ অংশ। এটি নতুন স্কুলকে আপনার পরিবারের ভাষা সম্পর্কিত তথ্য জোগায়। আপনার কাছে নিচের প্রশ্নগুলোর উত্তর আশা করা হয়। অনুগ্রহ করে ফরমটি আপনার স্কুল প্রশাসক _____ এর কাছে ফেরত দিন এবং আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে _____ নম্বরে _____ এর সাথে কথা বলুন।
আপনাকে ধন্যবাদ _____ শিক্ষার্থীর আইডি: _____

পার্ট ১. ভাষাগত প্রয়োজন: এই তথ্য জানাবে বাড়িতে কোন ভাষা ব্যবহার করা হয় এবং পরিবার কোন ভাষায় নির্দেশনার জন্য অনুরোধ করেছে (যদি থাকে)।

১. বাড়িতে আপনি কোন ভাষায়(সমূহে) কথা বলেন? অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবকটিতে (✓) চিহ্ন দিন:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ইংরেজি | <input type="checkbox"/> উর্দু |
| <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ | <input type="checkbox"/> ফ্রেঞ্চ |
| <input type="checkbox"/> চায়নিজ | <input type="checkbox"/> কোরিয়ান |
| <input type="checkbox"/> বাংলা | <input type="checkbox"/> আলবেনিয়ান |
| <input type="checkbox"/> আরবি | <input type="checkbox"/> পানজাবি |
| <input type="checkbox"/> হেশিয়ান ক্রেওল | <input type="checkbox"/> পোলিশ |
| <input type="checkbox"/> রাশিয়ান | <input type="checkbox"/> অন্যান্য, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন _____ |

২. শিক্ষার্থী কোন ভাষা বোঝে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা :

৩. শিক্ষার্থী কোন ভাষায় কথা বলে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা :

৪. শিক্ষার্থী কোন ভাষায় পড়ে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা : এখনও পড়ে না

৫. শিক্ষার্থী কোন ভাষায় লেখে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা : এখনও লেখে না

৬. শিক্ষার্থীর বাড়িতে বা বাসায় অধিকাংশ সময়ে কোন ভাষায় কথা বলা হয়?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা :

৭. শিক্ষার্থী পিতামাতা/অভিভাবকের সাথে কোন ভাষায় অধিকাংশ সময়ে কথা বলে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা :

৮. শিক্ষার্থী ভাই, বোন বা বন্ধুদের সাথে কোন ভাষায় অধিকাংশ সময়ে কথা বলে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা(সমূহ) :

৯. শিক্ষার্থী অন্যান্য আত্মীয়স্বজন বা পরিচর্যাকারী (যেমন, বেবিসিটার) সাথে কোন ভাষায় অধিকাংশ সময়ে কথা বলে?

ইংরেজি অন্যান্য বাড়ির ভাষা :

১০. আপনি কি আপনার সন্তানের নির্দেশনায় বাড়ির ভাষা ব্যবহার করতে চান (যদি থাকে):

- সবসময় অধিকাংশ সময় কখনও কখনও

নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন
প্রি-কিডারগার্টেন ভাষা চাহিদার সমীক্ষা

পার্ট ২. নির্দেশনা পরিকল্পনা: এই সম্পূর্ণ প্রশ্নগুলোর উত্তর নির্দেশনা পরিকল্পনার জন্য ব্যবহৃত হবে। আপনার সন্তান সম্পর্কিত প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর দিন।

১.	আপনার সন্তান যুক্তরাষ্ট্রে এই প্রথম কোন নির্দেশনা কর্মসূচি বা দলগত অভিজ্ঞতায় অংশগ্রহণ করছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	যদি না হয়:		
	অ. সে ডেকেয়ার/প্রিস্কুল/প্লেগ্রুপে কোথায় গিয়েছিল?		
	আ. কোন তারিখে ভর্তি হয়েছিল?		
	ই. কতদিন অংশ নিয়েছে?		
	ঈ. নির্দেশনায় কোন ভাষা ব্যবহৃত হয়েছিল?		
২.	শিক্ষার্থী কি অন্য কোন দেশে নির্দেশনা কর্মসূচি বা দলগত অভিজ্ঞতায় অংশগ্রহণ করেছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	যদি হ্যাঁ হয়:		
	অ. সে ডেকেয়ার/প্রিস্কুল/প্লেগ্রুপে কোথায় গিয়েছিল?		
	আ. কতদিন অংশ নিয়েছে?		
	ই. নির্দেশনায় কোন ভাষা ব্যবহৃত হয়েছিল?		
৩.	আপনার সন্তানের এমন কোন সমস্যা আছে কি যে- কারণে তার বিশেষ সহায়তা বা স্কুলে মনোযোগ প্রয়োজন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	যদি হ্যাঁ হয়:, অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবকটিতে চিহ্ন দিন:		
	<input type="checkbox"/> শ্রবণ প্রতিবন্ধী	<input type="checkbox"/> আবেগিক প্রতিবন্ধী	
	<input type="checkbox"/> দৃষ্টি প্রতিবন্ধী	<input type="checkbox"/> হাঁপানি	
	<input type="checkbox"/> বাক প্রতিবন্ধী	<input type="checkbox"/> বিকাশগত প্রতিবন্ধী	
	<input type="checkbox"/> শারীরিক প্রতিবন্ধী	<input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন) _____	
	যদি হয়, আপনার সন্তান কোন ধরনের সহায়তা লাভ করেছে, যদি করে থাকে?		
৪.	শিক্ষার্থী কি অন্য কোন ধরনের যোগাযোগের মাধ্যম ব্যবহার করে, যেমন আমেরিকান সাইন ল্যাঙ্গুয়েজ বা কমিউনিকেশন ডিভাইস (যেমন কমিউনিকেশন বোর্ড ম্যানুয়াল/ইলেকট্রনিক)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	যদি হ্যাঁ হয়: কোনটি?		

পার্ট ২. পিতামাতার তথ্য: এই সম্পূর্ণ প্রশ্নগুলোর উত্তর আপনার সাথে এনওয়াইসি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন যাতে আপনার পছন্দের ভাষায় যোগাযোগ করতে পারে সেজন্য ব্যবহার করা হবে।

১.	আপনার প্রথম ভাষা কোনটি?		
	পিতামাতা বা অভিভাবক _____		পিতামাতা বা অভিভাবক: _____
	প্রথম ভাষা: _____		প্রথম ভাষা: _____
২.	আপনি এই স্কুল থেকে কোন ভাষায় চিঠিপত্র পেতে চান?		
৩.	আপনি স্কুলের কর্মীদের থেকে কোন ভাষায় চিঠিপত্র পেতে চান?		
	পিতামাতার স্বাক্ষর _____		তারিখ _____

নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন
প্রি-কিডারগার্টেন ভাষা চাহিদার সমীক্ষা

শুধু এনরোলমেন্ট অথবা স্কুল কর্মকর্তা পূরণ করবেন/TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough	District:	School:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:
Relationship of person providing information for survey (check one): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):		
If an interview is conducted, in what language is it conducted?		
Is a translator/interpreter used?		
OTELE Alpha Code		
Potential English Language Learner?		
Instruction will be provided in: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____		

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name		First Name		Middle Name		Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____	
Child's Address				Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____			
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name			District Number _____	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Last Name		First Name		Email			
		<input type="checkbox"/> Foster Parent						

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled					
Allergies <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____		<input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability Explain all checked items above.			<input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <input type="checkbox"/> Addendum attached.		
Attach MAF in in-school medications needed		Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)					

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____		General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL NI Abnl <input type="checkbox"/> Psychosocial Development <input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Lymph nodes <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Language <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Genitourinary <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Behavioral <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> Back/spine					
Height _____ cm (____ %ile)	Weight _____ kg (____ %ile)	BMI _____ kg/m ² (____ %ile)	Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)	Describe abnormalities:			
Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____							

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____		Nutrition <input type="checkbox"/> < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred	
Describe Suspected Delay or Concern: _____		SCREENING TESTS Date Done ____/____/____ Results Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) ____/____/____ _____ µg/dL Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) ____/____/____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk		Vision Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Hemoglobin or Hematocrit ____/____/____ _____ g/dL _____ %		Dental Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

CIR Number		Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>		Report only positive immunity:	
IMMUNIZATIONS - DATES				IgG Titers	Date
DTP/DTaP/DT	_____	Tdap	_____	Hepatitis B	_____
Td	_____	MMR	_____	Measles	_____
Polio	_____	Varicella	_____	Mumps	_____
Hep B	_____	Mening ACWY	_____	Rubella	_____
Hib	_____	Hep A	_____	Varicella	_____
PCV	_____	Rotavirus	_____	Polio 1	_____
Influenza	_____	Mening B	_____	Polio 2	_____
HPV	_____	Other	_____	Polio 3	_____

ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____		RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____	
--	--	---	--

Health Care Practitioner Signature		Date Form Completed ____/____/____		DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. _____	
Health Care Practitioner Name and Degree (print)		Practitioner License No. and State		TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____	
Facility Name		National Provider Identifier (NPI)		Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER _____	
Address		City		REVIEWER: _____	
State		Zip		FORM ID# _____	
Telephone	Fax	Email			

অলাভজনক উদ্দেশে আলোকচিত্র, ফিল্ম বা ভিডিওটেপে শিক্ষার্থীর ছবি ধারণের অনুমতিপত্র
(যেমন, শিক্ষাগত, জনসেবা বা স্বাস্থ্য সচেতনতা বিষয়ক)

শিক্ষার্থীর নাম: _____ স্কুল: _____

আমি _____ কর্তৃক উপর্যুক্ত শিক্ষার্থীর সাক্ষাৎকারগ্রহণ, উদ্ভূতি ব্যবহার, এবং আলোকচিত্র, মুভি বা ভিডিও টেপ তার ছবি ধারণের অনুমতি প্রদান করছি। আমি _____ কে মুদ্রিত আকারে, ইন্টারনেটে এবং অন্যান্য সব ধরনের মাধ্যমেসহ অলাভজনক উদ্দেশের জন্য উল্লিখিত পণ্য সম্পাদনা ও বারংবার ব্যবহারের অনুমতি দিচ্ছি। আমি এইমর্মে উপরিলিখিত বিষয়ে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন এর প্রতিনিধি ও কর্মীদের সকল দাবিদাওয়া, চাহিদা ও দায় থেকে মুক্তি দিচ্ছি।

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর (শিক্ষার্থীর বয়স ১৮ বছরের কম হলে): _____ তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

অথবা

শিক্ষার্থীর স্বাক্ষর (১৮ বছর বা তার বেশি হয়ে থাকলে): _____ তারিখ: _____

শিক্ষার্থীর ঠিকানা: _____