

সতর্কতা বিজ্ঞপ্তি: আপনার সন্তানের ইমিউনাইজেশনের (টিকার) অবস্থা বা স্ট্যাটাস

সন্তানের নাম: _____ তারিখ: _____
 স্কুল আইডি (ID): _____ গ্রেড/ক্লাস: _____
 স্কুল: _____ স্কুলের ফোন: _____

প্রিয় পিতামাতা/অভিভাবক:

আমরা আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য বিষয়ক রেকর্ড পর্যালোচনা করেছি এবং স্কুলে অংশগ্রহণের জন্য বাধ্যতামূলক এক বা একাধিক ভ্যাকসিন (প্রতিষেধক) তার দেয়া হয়নি। অনুগ্রহ করে অতিসত্ত্বর আপনার সন্তানের নিচে তালিকাভুক্ত টিকা বা ইমিউনাইজেশন গ্রহণের অথবা মিজলস্, মাম্পস্, রুবেলা, ভেরিসেলা, পোলিও, অথবা হেপাটাইটিস B-এর প্রতিষেধক রয়েছে সেটা যাচাইয়ের জন্য রক্ত পরীক্ষার প্রাথমিক রেকর্ড উপস্থাপন করুন। **গণ স্বাস্থ্য আইনের § 2164 ধারা অনুযায়ী আপনার সন্তান বাধ্যতামূলক ভ্যাকসিনগুলো গ্রহণ করেছে অথবা তার রোগ প্রতিরোধের ক্ষমতা আছে, এই মর্মে যদি আপনি প্রমাণ প্রদর্শন করতে না পারেন, তবে আপনার সন্তানকে ___/___/_____ তারিখের পর স্কুলে অংশগ্রহণ করতে দেয়া হবে না।** অনুগ্রহ করে জেনে রাখুন: আপনার সন্তান যদি টিকা বা ইমিউনাইজেশন ডোজ ন্যূনতম বয়সের আগে গ্রহণ করে থাকে (অতিরিক্ত আগে), তাহলে সেই ডোজগুলো প্রয়োজনীয় সংখ্যক ডোজের অংশ হিসেবে গণ্য হবে না।

টিকা বা ভ্যাকসিন	আবশ্যিক ডোজ বা ডোজের সংখ্যা	নোট (বয়স ও গ্রেড অনুসারে বিস্তারিত জানতে SH65 দেখুন)
DTaP (ডিপথেরিয়া-টিটেনাস-অ্যাসেলুলার পারটুসিস) DTP (ডিপথেরিয়া-টিটেনাস-পারটুসিস) Td (টিটেনাস-ডিপথেরিয়া)	__ 1 st __ 2 nd __ 3 rd __ 4 th __ 5 th	
Tdap (টিটেনাস-ডিপথেরিয়া-অ্যাসেলুলার পারটুসিস)	__ 1 st	10 বছর অথবা এরচেয়ে বেশি বয়সে দেয়া একমাত্র Tdap (অথবা DTaP) -এর ডোজ 6, 7 ও 8 গ্রেডের জন্য সন্তোষজনক; 7 বছর এবং তার বেশি বয়সে দেয়া ডোজগুলো 9-12 গ্রেডের আবশ্যিকতা পূরণ করে।
IPV/OPV (পোলিও)	__ 1 st __ 2 nd __ 3 rd __ 4 th	প্রতিরোধক্ষম কিনা, সেটা প্রদর্শনকারী রক্ত পরীক্ষা গ্রহণযোগ্য কিন্তু অবশ্যই তিনটি পোলিওর সেরোটাইপের সবগুলো অন্তর্ভুক্ত হতে হবে (পরীক্ষণ অবশ্যই সেপ্টেম্বর 2019-এর আগে সম্পন্ন করা হতে হবে)।
MMR (মিসলস্, মাম্পস্, রুবেলা)	__ 1 st __ 2 nd	প্রতিরোধক্ষম কিনা, সেটা প্রদর্শনকারী রক্ত পরীক্ষা গ্রহণযোগ্য।
HepB (হেপাটাইটিস B)	__ 1 st __ 2 nd __ 3 rd	প্রতিরোধক্ষম কিনা কিংবা দীর্ঘস্থায়ী HepB সংক্রমণ আছে কিনা, সেটা প্রদর্শনকারী রক্ত পরীক্ষা গ্রহণযোগ্য।
ভেরিসেলা (জলবসন্ত বা চিকেনপক্স)	__ 1 st __ 2 nd	প্রতিরোধক্ষম কিনা সেটা প্রদর্শনকারী রক্ত পরীক্ষা অথবা সেবাপ্রদানকারী দেয়া রোগের প্রমাণ গ্রহণযোগ্য।
MenACWY (মেনিনগোকক্কাল কনজুগেট)	__ 1 st __ 2 nd	10 বছর অথবা এরচেয়ে বেশি বয়সে দেয়া একমাত্র MenACWY এর ডোজ 7, 8 ও 9 গ্রেডের জন্য সন্তোষজনক; 10 বছরের আগে দেয়া ডোজগুলো 10-12 গ্রেডের প্রথম ডোজ-এর বাধ্যবাধকতা পূরণ করে।
Hib (হেমোফিলাস ইনফ্লুনেজা টাইপ b)	__ 1 st __ 2 nd __ 3 rd __ 4 th	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টার্ট, নার্সারি, 3K অথবা প্রি-K
PCV (নিউমোকক্কাল কনজুগেট)	__ 1 st __ 2 nd __ 3 rd __ 4 th	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টার্ট, নার্সারি, 3K অথবা প্রি-K
ইনফ্লুয়েঞ্জা	__ 1 st	চাইল্ড কেয়ার, হেড স্টার্ট, নার্সারি, 3K অথবা প্রি-K

প্রদানকারীদের প্রতি বার্তা: অনুগ্রহ করে schools.nyc.gov সাইটটি দেখুন এবং SH65 (শিক্ষা বছর 2022-23 -এর জন্য চিকিৎসাগত বাধ্যবাধকতা) পর্যালোচনা করতে "Information for Providers" সেকশনে এবং স্কুলের ইমিউনাইজেশনের (টিকা) শর্তাবলী সংক্রান্ত ফর্মসমূহে "immunization" খোঁজ করুন।

Note to Providers: Please go to schools.nyc.gov and search "immunizations" to review SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) in the "Information for Providers" section and school immunization requirements-related forms.

আপনার সন্তান যাতে তার বাদ পড়া ডোজ লাভ করে, সেটা নিশ্চিত করতে অনুগ্রহ করে এই চিঠিটি আপনার সন্তানের চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীকে প্রদর্শন করুন। আপনার সন্তান যদি **ইতোমধ্যে** এসব ভ্যাকসিন গ্রহণ করে থেকে থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে টিকা বা ইমিউনাইজেশনের রেকর্ড আপনার স্কুলের প্রিন্সিপালের কাছে জমা দিন। অন্য কোন সময়সূচি গ্রহণযোগ্য নয়। স্কুলের জন্য ইমিউনাইজেশন বা টিকা সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে কিংবা কোথায় আপনার সন্তান টিকা দিতে পারবে, সে বিষয়ে জানতে অনুগ্রহ করে 311 নম্বরে ফোন করুন।

বিনীত,