

পাবলিক স্কুল #

ঠিকানা

প্রিন্সিপ্যাল/অ্যাসিস্ট্যান্ট প্রিন্সিপ্যাল

[Date]

প্রিয় [Insert Name]-এর পিতামাতা/অভিভাবক,

আমি আনন্দের সাথে জানাচ্ছি যে আমরা নিউ ইয়র্ক সিটির 16টি স্কুলের 1টি যারা NYU ডেন্টাল কলেজ অথ ডেন্টিস্ট্রি-এর সাথে একটি নতুন, বিনামূল্যে দাঁতের ক্যাভিটি (গর্ত) রোধ কর্মসূচি চালু করবে। এই প্রোগ্রামে বছরে একবার, স্কুলে এসে দাঁতের ক্যাভিটি ও ব্যথার চিকিৎসা করা হবে। লাইসেন্সপ্রাপ্ত ডেন্টিস্ট, ডেন্টাল হাইজিনিস্ট, এবং/অথবা নার্সগণ অংশগ্রহণকারী শিক্ষার্থীদের দাঁতের চিকিৎসা করবেন।

সুস্থ দাঁত ও শিক্ষার্থী-সাক্ষরতার মধ্যে সম্পর্ক আছে কি না, সেটা নিশ্চিত হওয়ার জন্য এই প্রোগ্রামটি NYU কলেজ অথ ডেন্টিস্ট্রি-এর একটি গবেষণাকর্ম, যাতে অর্থায়ন করেছে প্যাশেন্ট সেন্টারড্‌ আউটকামস্‌ রিসার্চ ইন্সটিটিউট।

যেহেতু আপনার সন্তান এ প্রোগ্রামের মাধ্যমে দাঁতের রোগ প্রতিরোধের চিকিৎসা লাভ করবে, তাই প্রোগ্রামের অংশ হিসেবে আপনার সন্তানের দাঁতের সুস্থতার রেকর্ড, স্কুলে উপস্থিত রেকর্ড, এবং নিউ ইয়র্ক স্টেট স্ট্যান্ডারাইজড টেস্ট স্কোর NYU কলেজ অথ ডেন্টিস্ট্রি-এর কাছে দেওয়া হবে এবং তা প্রোগ্রামের কার্যকারিতা মূল্যায়নে ব্যবহার করা হবে। আমাদের পরিকল্পনা প্রোগ্রামটি 5 বছর যাবত চালু রাখার। প্রকাশ করা হবে, এমন কোন গবেষণাপত্রে আপনার সন্তানকে নাম তার নামে চিহ্নিত করা হবে না।

এতে অংশগ্রহণ ফ্রি এবং ব্রিঙ্কি। কোন হেলথ ইনসুরেন্স থাকআ আবশ্যিক নয়। তবে আপনার সন্তানের মেডিকেইড বা অন্য কোন ডেন্টাল ইন্সুরেন্স থাকলে চিকিৎসার জন্য ইন্সুরেন্স কোম্পানির কাছে বিল পাঠান হবে। আপনার সন্তানের মেডিকেড বিলিং ID নম্বর ব্যবহার করা হবে যাতে স্কুলভিত্তিক ক্যাভিটি রোধ প্রোগ্রামে সংগৃহীত মুখের চিকিৎসা বিষয়ক উপাত্তের সাথে NYC মেডিকেইড দাবির উপাত্তের সাথে সংযুক্ত করা যায়।

**আপনি অংশগ্রহণ সম্মতি দিলে আপনার সন্তান নিচে উল্লিখিত ক্যাভিটি রোধ প্রোগ্রামে চিকিৎসা লাভ করবে যা সকল ডেন্টাল অফিস থেকে পাওয়া চিকিৎসার অনুরূপ এবং তা U.S. সেন্টার্স ফর ডিজিজ কন্ট্রোল অ্যান্ড প্রিভেনশন-এর কাছে থেকে পাওয়া ক্যাভিটি প্রতিরোধের সুপারিশসমূহের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।**

প্রোগ্রামটি যে সুবিধা দেবে:

1. দাঁত ব্রাশের নিয়ম
2. দাঁত, মাড়ি ও মুখের সুস্থতা যাচাইয়ের জন্য পরীক্ষা
3. পিছনের দাঁতগুলিতে সিলভার ফ্লোরাইডের সাধারণ ক্যাভিটি প্রতিরোধ + সব দাঁতে ফ্লোরাইড ভার্নিস
4. নিচের কোন একটি প্রক্রিয়ায় ক্যাভিটি নিয়ন্ত্রণ:
  - সিল্যান্ট (ভেরাট করা), সাময়িক ফিলিং, এবং দাঁতে ফ্লোরাইড ভার্নিশ করা, কিংবা
  - দাঁতের পিছন দিকে সিলভার ডায়ামাইন + সকল দাঁতে ফ্লোরাইড ভার্নিশ করা
5. একটি টুথব্রাশ ও টুথপেস্ট
6. সন্তানের চিকিৎসা সম্পর্কে স্কুল নার্স, এবং আপনার কাছে একটি রিপোর্ট দেওয়া
7. ডেন্টিস্টের কাছে সুপারিশ (প্রয়োজন হলে), এবং আপনাকে স্থানীয় একজন ডেন্টিস্ট পেতে সহায়তা দেওয়া (প্রয়োজন হলে)
8. আপনার সন্তানের দাঁতের স্বাস্থ্য উন্নত হচ্ছে কি না যাচাইয়ের জন্য প্রোগ্রামটি একটা সময় পর্যন্ত (পাঁচ বছর পর্যন্ত) অব্যাহত থাকবে
9. আপনার যদি একজন ডেন্টিস্টের প্রয়োজন হয়, তাহলে কাছাকাছি একজনকে এই ওয়েবসাইটে পেতে পারেন:

<https://www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/oral-health-find-a-low-cost-dental-provider.page>

ক্যাভিটি রোধ প্রক্রিয়ায় কোন স্বাস্থ্য-ঝুঁকি নেই। অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন, আপনার সন্তান যদি প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করে, সিলভার ডায়ামাইন প্রয়োগ করলে ক্যাভিটি বিবর্ণ হয়ে যেতে পারে এবং ক্যাভিটি বাদামি বা কালো বর্ণ ধারণ করতে পারে। এই বর্ণ পরিবর্তনের অর্থ হলো ক্যাভিটি বেড়ে যাওয়া বন্ধ হয়েছে। যদি দুর্ঘটনাবশত চামড়া স্পর্শ করে, তাহলে ঠোঁট, গাল সাময়িকভাবে বা কাপড় স্থায়ীভাবে বাদামি রঙ ধারণ করতে পারে। চামড়া থেকে রঙের দাগ তুলতে সাথে সাথে সাবান ও পানি দিয়ে ধুয়ে ফেলতে হবে। চামড়া থেকে কঠিন দাগ তুলতে তীব্রতায়ুক্ত কোন প্রক্রিয়া প্রয়োগ করবেন না, কারণ দাগ এমনিতেই ধীরে ধীরে মুছে যাবে। একই প্রক্রিয়া কাপড় পরিষ্কারের বেলায় ব্যবহার করুন।

**আপনি যদি প্রোগ্রামে আপনার সন্তানের অংশগ্রহণ সম্মতি প্রদান করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে সংযুক্ত ফর্ম পূরণ করে সই দিয়ে জমা দিন।** আপনি যে কোন সময় অংশগ্রহণ করতে বা নাম প্রত্যাহার করে নিতে পারবেন। যদি এটা চলাকাল কখনও আপনার সন্তানের অভিভাবকত্ব পরিবর্তিত হয়, জেনেশুনে নতুন আরেকটি সম্মতিপত্র সই করতে হবে।

এ প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে নিচের ঠিকানায় যোগাযোগ করতে পারেন: Dr. Richard Niederman, Department of Epidemiology & Health Promotion, New York University College of Dentistry, 433 First Ave, Rm 720, New York, NY. ইমেইল: [rniederman@nyu.edu](mailto:rniederman@nyu.edu). ফোন: 212-998-9719. এছাড়াও আপনি এখানে ও যোগাযোগ করতে পারেন: New York University Institutional Review Board (IRB), 665 Broadway, Suite 804, New York, NY 10012. ইমেইল: [ask.humansubjects@nyu.edu](mailto:ask.humansubjects@nyu.edu). ফোন: 212-998-4808.

আপনার বিশ্বস্ত,

[Insert Name], প্রিন্সিপ্যাল

শিক্ষার্থীর তথ্য

শিক্ষার্থীর শেষ নাম:

নাম: শিক্ষার্থীর  জন্মতারিখ:  /

প্রথম নাম:  মাস  দিন  বছর

শিক্ষার্থীর ঠিকানা:

সিটি:  স্টেট:  জিপ কোড:

স্কুল:

শিক্ষকের নাম:  গ্রেড:

গুরুত্বপূর্ণ স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত প্রস্নাবলি

আপনার সন্তানের কি কোন স্বাস্থ্যগত সমস্যা আছে যা তার দাঁতের চিকিৎসাকে বাধাগ্রস্ত বা জটিল করতে পারে? এর মধ্যে থাকতে পারে হৃদরোগ, শ্বাসপ্রশ্বাস, বা রক্তক্ষরণ সমস্যা, অ্যালার্জি (সিলভার ও বাদামের অ্যালার্জিসহ), সংক্রামক রোগ, প্রতিরোধ ক্ষমতার সমস্যা ইত্যাদি। যদি হ্যাঁ হয়, ব্যাখ্যা দিন। যদি না হয়, খালি রাখুন

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

মাতার শেষ নাম:  মাতার প্রথম নাম:

পিতার শেষ নাম:  পিতার প্রথম নাম:

প্রযোজ্য হলে আইনি অভিভাবকের শেষ নাম:

আইনি অভিভাবকের প্রথম নাম:  শিক্ষার্থীর সাথে অভিভাবকের সম্পর্ক  গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট  আন্ট অথবা আংক্লি  অন্যান্য

পিতামাতা অথবা অভিভাবকের যোগাযোগের তথ্য

বাড়ির ফোন:  -  -  কাজের ফোন:  -  -

মোবাইল:  -  -

ইমেইল:

জরুরি যোগাযোগের বাড়তি তথ্য

নাম:

বাড়ির ফোন:  -  -  কাজের ফোন:  -  -

ফোন: মোবাইল:  -  -  শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক

Email:

For Office Use Only

ID



Does your child have Medicaid?  No  Yes: Medicaid ID #: \_\_\_\_\_

Does your child have Child Health Plus?  No  Yes: CHP #: \_\_\_\_\_

Which Fidelity Health Plus Amerigroup MetroPlus United Healthcare Empire BlueCross BlueShield Plan? Affinity Healthfirst HIP WellCare MVP Other:

Does your child have coverage through an employer based plan or other type of health insurance?  No  Yes, Health Plan: \_\_\_\_\_

Member ID or Social Security

Number: \_\_\_\_\_

Name of

Insured Adult: \_\_\_\_\_

Health Insurance

Phone Number: \_\_\_\_\_

Birth Date of

Insured Adult:

____	____	____	-	____	____	____	____	____	____
____	____	____	/	____	____	____	____	____	____
Month				Day			Year		

আপনার সন্তানের ইনসুরেন্স আছে কি-না, সেটা বিবেচনা ছাড়াই আপনার সন্তানকে বিনামূল্যে পরিষেবা প্রদান করা হবে।

### স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য ক্লিনিক পরিষেবার জন্য পিতামাতার সম্মতি

আমি সংযুক্ত রিক্রুটমেন্ট পোর্টাল পড়েছি ও বুঝেছি এবং আমার সন্তানকে দাঁতের চিকিৎসা গ্রহণের ও NYU কলেজ অফ ডেন্টাল মেডিসিন-এর প্রতিরোধমূলক চিকিৎসা ও গবেষণা প্রোগ্রামে অংশগ্রহণের সম্মতি দিচ্ছি। আমার সই আমার সন্তানকে এ প্রোগ্রামে 5 বছরব্যাপী OHCP-এর দেওয়া চিকিৎসা সেবা গ্রহণে সম্মতি প্রদান করছে। তদুপরি, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যের রেকর্ড, স্কুলে অনুপস্থিতির রেকর্ড, এবং নিউ ইয়র্ক স্টেটের প্রমিত পরীক্ষা পরীক্ষার স্কোর এই গবেষণার কাজে ব্যবহারের জন্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি যেকোন সময় OHCP-এর কাছে লিখিত নোটিশের মাধ্যমে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। আমি জানি যে, আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত বিষয়ে গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনের কথা সেবা প্রদানকারীকে জানানো হবে।

\_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর (বা শিক্ষার্থী, যদি বয়স 18 বছর বা বেশি হয়)

মাস দিন বৎসর

### স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের জন্য HIPAA স্বীকৃত পিতামাতার সম্মতি

আমি এই ফরমের পৃষ্ঠা 2-এ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ বিষয়ে পড়েছি এবং বুঝেছি। আমার স্বাক্ষর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশে আমার সম্মতি নির্দেশ করে।

\_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের (বা শিক্ষার্থী, যদি বয়স 18 বছর বা বেশি হয়) স্বাক্ষর

মাস দিন বৎসর

### স্কুলভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক সার্ভিসের জন্য সম্মতি

আমার সন্তান যতদিন স্কুলে থাকে, ততদিন আমি স্টেটের লাইসেন্সপ্রাপ্ত OHCP পেশাজীবী স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে আমার সন্তানের দাঁতের চিকিৎসা গ্রহণের ব্যাপারে সম্মতি প্রদান করছি যা নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অনুমোদিত স্কুলের দাঁতের চিকিৎসা কর্মসূচির অংশ। আমি যেকোন সময় OHCP-এর কাছে লিখিত নোটিশ দিয়ে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। আমি জানি যে, আইন অনুযায়ী নির্দিষ্ট পরিষেবার বিষয়ে শিক্ষার্থী এবং দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য ক্লিনিকের পরিষেবা প্রদানকারীদের মাঝে গোপনীয়তার বিষয়টি নিশ্চিত, এবং শিক্ষার্থীদেরকে তাদের পিতামাতা/অভিভাবকগণকে কাউন্সেলিং এবং দাঁতের যত্নের সিদ্ধান্তে সংশ্লিষ্ট থাকতে উৎসাহিত করা হবে। স্কুল-ভিত্তিক ওরাল হেলথ ক্লিনিক পরিষেবার মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এতেই সীমিত নয়, প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবা, পুনরুদ্ধার পরিষেবা, এবং জরুরি অপারেশন। প্রতিরোধমূলক দাঁতের স্বাস্থ্য পরিষেবার অন্তর্ভুক্ত, কিন্তু এতেই সীমাবদ্ধ নয়, সামগ্রিক দাঁতের পরীক্ষা, সাময়িক ফিলিং, ডেন্টাল হাইজিন চিকিৎসা, সিল্যান্টস্ এবং ফ্লোরাইড চিকিৎসা। এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে দাঁতের পিছন দিকে সিলভার ডায়ামাইন ফ্লোরাইড (SDF) প্রয়োগ করা। সিলভার ডায়ামাইন ফ্লোরাইড যেকোন ক্যাভিটির রঙ বাদামি অথবা কালো রঙে পরিবর্তিত হতে পারে। দুর্ঘটনাবশত চামড়া স্পর্শ করলে চোঁট, গাল সাময়িকভাবে বা কাপড় স্থায়ীভাবে বাদামি রঙ ধারণ করতে পারে। চামড়া থেকে রঙের দাগ তুলতে অভিলম্বে সাবান ও পানি দিয়ে ধুয়ে ফেলাতে হবে। চামড়া থেকে কাঠিন দাগ তুলতে তীব্রতাপ্ত কোন প্রক্রিয়া প্রয়োগ করবেন না, কারণ দাগ এমনিতেই ধীরে ধীরে মুছে যাবে। একই প্রক্রিয়া কাপড় পরিষ্কারের বেলায় ব্যবহার করুন।

### দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের জন্য HIPAA স্বীকৃত পিতামাতার সম্মতি

এই ফরমে আমার স্বাক্ষর স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করে। ফেডারেল গোপনীয়তার আইন এবং স্টেটের আইন দ্বারা এই তথ্য প্রকাশ থেকে সুরক্ষিত রাখা হতে পারে। এই সম্মতিপত্র স্বাক্ষর দিয়ে, আমি স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বোর্ড অফ এডুকেশন অফ দ্যা সিটি অফ নিউ ইয়র্কের (যা নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন হিসেবেও পরিচিত), এবং এছাড়া স্কুল নার্সদের কাছে প্রকাশের অনুমতি দিচ্ছি, কারণ হয় এটি আইন, চ্যান্সেলরের প্রবিধান অনুযায়ী এটি বাধ্যতামূলক, কারণ স্বাস্থ্য সুরক্ষা ও শিক্ষার্থীর নিরাপত্তার জন্য বা আমার সন্তানের ইন্স্যুরেন্স প্রদানকারীর কোন দাবি প্রক্রিয়াকরণে প্রয়োজনীয়। আমার অনুরোধক্রমে, যে প্রতিষ্ঠান অথবা ব্যক্তি এই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করবে তাকে এই ফরমের একটি কপি আমাকে দিতে হবে। আইনগতভাবে পিতামাতাদেরকে কিছু নির্দিষ্ট তথ্য অবশ্যই স্কুলে প্রদান করতে হবে, যেমন ইমিউনাইজেশনের প্রমাণ। এই তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থ হবার ফলে শিক্ষার্থীকে স্কুল থেকে বহিষ্কার করা হতে পারে। এই ফরম সম্পর্কিত আমার প্রশ্নগুলির উত্তর প্রদান করা হয়েছে। আমি বুঝি যে, আমার সন্তানের দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে আমাকে অনুমতি দিতে হবে না, এবং এই যে আমি যেকোন সময় আমার মত পরিবর্তন করতে পারি এবং OHCP-কে প্রদত্ত আমার অনুমতি লিখিতভাবে আমি প্রত্যাহার করতে পারি। যদিও, একবার প্রকাশ হয়ে গেলে প্রত্যাহারের আগে প্রকাশিত তথ্য অতীত কার্যকারিতাসহ ঢেকে রাখার জন্য প্রত্যাহার করা যাবে না। আমি OHCP-কে অপর পৃষ্ঠায় উল্লিখিত শিক্ষার্থীর হেলথের তথ্য বোর্ড অফ এডুকেশন অফ নিউ ইয়র্ক (ওরফে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন)-এর কাছে প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করছি। আমি OHCP থেকে NYC ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশনের কাছে এবং NYC ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন থেকে OHCP-কে নিচে উল্লিখিত দাঁত সংক্রান্ত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশে সম্মতি প্রদান করছি যাতে নিয়মামুখি শর্ত পূরণ এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য রক্ষা এবং নিরাপত্তা সংরক্ষণের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য লাভ স্কুলের জন্য নিশ্চিত করা যায়। আমি বুঝি যে, ফেডারেল এবং স্টেটের আইন এবং গোপনীয়তা বিষয়ে চ্যান্সেলরের প্রবিধান অনুযায়ী এই তথ্য গোপন রাখা হবে:

- এমন অবস্থা যা জরুরি পরিস্থিতির সৃষ্টি করতে পারে
- এমন অবস্থা যা একজন শিক্ষার্থীর দৈনন্দিন কর্মকাণ্ডকে সীমিত করতে পারে (ফরম 103S)
- কোন ছোঁয়াচে রোগ নির্ণীত হলে (HIV সংক্রমণ/STI)
- এবং আইনি সুরক্ষাপ্রাপ্ত অন্যান্য গোপনীয় পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত নয়)
- হেলথ ইনসিওরেন্স কাভারেজ

এই ফরমের 1ম পৃষ্ঠায় আমার স্বাক্ষর আমার সন্তানকে পরীক্ষা করেছে এমন অন্যান্য প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করে ইলুরেলের তথ্য সংগ্রহের জন্য OHCP-কে আমার সম্মতি দিচ্ছি। তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রদান হবে যে তারিখে ফরম সই করা হয়েছে, সেদিন থেকে কার্যকর থাকবে যখন শিক্ষার্থী আর স্কুল ভিত্তিক দাঁত-সংক্রান্ত স্বাস্থ্য ক্লিনিক কর্মসূচিতে তালিকাভুক্ত থাকবেনা বা তাকে প্রত্যাহার করা হবে না, তখন পর্যন্ত।

আইন অনুযায়ী যেভাবে আইনে প্রযোজ্য হয়, OHCP, সেভাবে পিতামাতার অধিকার ও গোপনীয়তার নীতি প্রদান করবে।

