

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টের প্রতি আপনার আগ্রহের জন্য ধন্যবাদ!

আমাদের অসাধারণ পিতা-মাতা ও শিক্ষার্থীদের কমিউনিটিতে আপনার পরিবার যোগ দেয়ায় আমরা আনন্দিত। আপনাকে ডিস্ট্রিক্টে স্বাগতম জানানোর পাশাপাশি আমরা আপনার সাথে কিছু গুরুত্বপূর্ণতথ্য শেয়ার করতে চাই।

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট (DPSCD) হলো মিশিগানের সর্ববৃহৎ পাবলিক শিক্ষা পদ্ধতি যা ডিস্ট্রিক্ট (জেলা) ব্যাপী ১০০ টির বেশি স্কুলে ভর্তির সুযোগ দিচ্ছে। অধিকতর শক্তিশালী ডেট্রয়েট গড়ে তুলতে আমাদের মিশন হলো প্রতিটি কমিউনিটির প্রতিটি শিক্ষার্থীকে প্রতিদিন শিক্ষা প্রদান করা ও ক্ষমতায়ন করা। DPSCD-তে আমরা নির্দেশনা প্রদানের পাশাপাশি আমাদের শিক্ষার্থীদের সুরক্ষা এবং মানসিক ও শারীরিক স্বাস্থ্যের উচ্চ মান বজায় রাখার চেষ্টা করি। ডিস্ট্রিক্টের(জেলা) পরিবারের অংশ হিসেবে, আপনার শিক্ষার্থী অসাধারণ কিছু সংস্থান এবং সুযোগ-সুবিধার প্রবেশাধিকার পাবে:

- কিন্ডারগার্টেন থেকে গ্রেড ১২ পর্যন্ত সবার জন্য সাধারণ মূলনীতির সাথে সামঞ্জস্য রেখে আপডেটকৃত উচ্চ-মানের পাঠ্যক্রম।
- সব গ্রেড স্তরে সনদপ্রাপ্ত বিশিষ্ট শিক্ষকগণ।
- প্রতিটি স্কুলে চারুকলা এবং শারীরিক শিক্ষার ব্যবস্থা।
- স্থানীয় কলেজ ও বিশ্ববিদ্যালয়গুলোতে কর্মজীবন পথের কর্মসূচী এবং দ্বৈত তালিকাভুক্তির সুবিধা সব হাই স্কুলে দেওয়া হয়।
- প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের জন্য ব্যতিক্রমী ছাত্র শিক্ষা কর্মসূচি এবং পরিষেবাগুলি
- শিক্ষার্থী ও পরিবারগুলোর জন্য দ্বিভাষিক পরিষেবা।
- ডিস্ট্রিক্টের সকল শিক্ষার্থীকে বিনামূল্যে সহায়তা প্রদানের জন্য হোমওয়ার্ক হটলাইন।
- শিক্ষার্থীদের ও পরিবারগুলোর জন্য অনলাইন পরামর্শ সুবিধা দিতে মানসিক স্বাস্থ্য সহায়তা লাইন।
- ডিস্ট্রিক্টের এবং ডিস্ট্রিক্টের বাইরের পিতা-মাতা এবং অভিভাবকদের বিনামূল্যে ক্লাস, প্রশিক্ষণ এবং কর্মশালা প্রদানের জন্য প্যারেন্ট একাডেমি।

এই প্যাকেটে আপনি প্রয়োজনীয় তালিকাভুক্তি ফরমের সাথে তালিকাভুক্তি প্রক্রিয়া সংক্রান্ত নির্দেশনাবলী পাবেন। অনুগ্রহ করে প্রত্যেক শিক্ষার্থীর জন্য একটি প্যাকেট সম্পূর্ণ করুন। সবগুলো ফরম পূরণ করতে হবে এবং নির্দেশিত স্থানে স্বাক্ষর করতে হবে। সব কাগজপত্র এবং নির্দেশনাবলী সতর্কতার সাথে পর্যালোচনা করুন!

আমরা আপনার শিক্ষার্থী ও পরিবারকে DPSCD কমিউনিটিতে স্বাগত জানানোর প্রতীক্ষায় রয়েছি!

DPSCD তালিকাভুক্তির অফিস

যখন শিক্ষার্থীদের উন্নতি হয়, আমাদের সবার উন্নতি হয়।

প্রশ্ন রয়েছে? অনুগ্রহ করে আরো তথ্যের জন্য
আপনার স্কুলের সাথে যোগাযোগ করুন অথবা ৩১৩.২৪০.৪৩৭৭ নম্বরে কল করুন।



স্কুল: _____

তারিখ: _____

প্রয়োজনীয় ডকুমেন্ট

পূরণ এবং স্বাক্ষর করা ভর্তির ফর্ম ছাড়াও নিম্নোক্ত এসব ডকুমেন্ট আবশ্যিক। এগুলো সন্তানের স্কুলের প্রথম দিবসের আগেই সরবরাহ করতে হবে তবে প্রথম দিবস থেকে ৩০ দিনের মধ্যে অবশ্যই জমা দিতে হবে।

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> পিতামাতা/অভিভাবকের ফটোযুক্ত আইডি | <input type="checkbox"/> ঠিকানার প্রমাণের যে কোনো দুটি ডকুমেন্ট যেমন: ড্রাইভার'স লাইসেন্স, ডেট্রয়েট আইডি, W-2, সরকারি সহায়তার ডকুমেন্ট, পে স্টাব, সরকারের দপ্তরের ডাক চিঠি, ইউটিলিটি বিল, ইত্যাদি। |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর জন্ম সনদ অথবা জন্মের রেকর্ড | |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর টিকার রেকর্ড বা টিকা অব্যাহতিপত্র | |
| <input type="checkbox"/> শিক্ষার্থীর সর্বসম্প্রতিক নম্বরপত্র বা প্রতিবেদন পত্র | |

*এই ডকুমেন্ট সংগ্রহ করার জন্য কিছু কিছু পরিবার সহায়তা পাওয়ার যোগ্য হতে পারে।

শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রমাংশ:	নামের মধ্য মাংশ:	নামের শেষমাংশ:	পদবী (জুনি, III, ইত্যাদি):
জন্ম তারিখ: / /	লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ		
শিক্ষার্থীর ফোন (প্রযোজ্য হলে): ()	শিক্ষার্থীর ইমেইল (প্রযোজ্য হলে):		
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
ডাক ঠিকানা (যদি প্রকৃত ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়)			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
যে গ্রেডে ভর্তি হবে:	স্কুল বর্ষ:	শিক্ষার্থী কি 'মাল্টিপল বার্থ'-এর একজন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
শিক্ষার্থীর জন্ম কি যুক্তরাষ্ট্রে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না: শিক্ষার্থী কবে যুক্তরাষ্ট্রে প্রথম কোন স্কুলে ভর্তি হয়েছিল? _____ (মাস/বছর)			
শিক্ষার্থী কি ব্যতিক্রমী শিক্ষা কর্মসূচিতে (বিশেষ শিক্ষা) অংশগ্রহণ করে? একটি বেছে নিন।			
<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। শিক্ষার্থীর ব্যক্তিক শিক্ষা প্ল্যান (আইইপি) আছে		
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। শিক্ষার্থীর 504 প্ল্যান আছে	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ। অন্যান্য _____		
শিক্ষার্থী বা তার পরিবার কি বিগত তিন বছরের মধ্যে কৃষি বা মৎস শিল্পে অস্থায়ী বা মৌসুমি চাকরির জন্য অন্যত্র গিয়েছে?			
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		

শিক্ষার্থীর ভাষা

শিক্ষার্থীর মাতৃভাষা? ইংরেজি অন্য _____

ইংরেজি ছাড়া অন্য কোন ভাষায় কি বাড়িতে কথা বলা হয়? না হ্যাঁ: যে ভাষায় কথা বলা হয় _____

শিক্ষার্থীকে কি দ্বিভাষিক বা ইংরেজি ভাষা শিক্ষার্থী কোর্সে ভর্তি করা হয়েছিল? হ্যাঁ না

শিক্ষার্থীর বাসস্থান

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো সকল শিক্ষার্থীকে করা হয়, যা দ্বারা ডিস্ট্রিক্ট ফেডারেল আইন পালন নিশ্চিত করে। শিক্ষার্থী নির্দিষ্ট কিছু পরিষেবা সহায়তা পাওয়ার যোগ্য কি-না, সে ব্যাপারে সিদ্ধান্ত গ্রহণে আপনার এই উত্তর স্কুলের কর্মীদের সাহায্য করবে।

শিক্ষার্থী নিচের কোন্ ধরণের বাসস্থানে বসবাস করে?

- আশ্রয় কেন্দ্র
 ট্রানজিশনাল হাউজিং
 ডাবলড আপ/পরিবার বন্ধু বা অন্যদের সাথে ভাগাভাগি করে বসবাস
 হোটেল বা মোটেল
 আশ্রয়হীন (যেমন: ক্যাম্পগ্রাউন্ড, গার্ডি, পার্ক, পরিত্যক্ত ভবন, সাবস্ট্যান্ডার্ড হাউজিং, বাস বা ট্রেন স্টেশন, ইত্যাদি)

শিক্ষার্থী কি পিতামাতা/অভিভাবক/আত্মীয়ের সঙ্গে বসবাস করে না এমন সাথীবিহীন অপ্রাপ্তবয়স্ক? হ্যাঁ না

আপনি যদি উপরের যে কোনো একটি উত্তর বেছে নিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে এই ভর্তির প্যাকেটের অন্তর্ভুক্ত ম্যাককিন্সি ভেন্টো স্টুডেন্ট রেকর্ডাল ফর্মটি পূরণ করুন।

শিক্ষার্থীর জাতিগোষ্ঠী

প্রযোজ্য সব বেছে নিন

আপনি কোনো উত্তর বেছে না নিলে ইউএস ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন-এর বিধি অনুসারে আপনার হয়ে ডিস্ট্রিক্টকে উত্তর বেছে নিতে হবে।

শিক্ষার্থী কি লাভিনো / ল্যাটিনা / ল্যাটিনেক্স? হ্যাঁ না

শিক্ষার্থীর জাতিগোষ্ঠী:

- আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কা জন্ম
 নেটিভ এশিয়ান
 কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
 স্বেতাঙ্গ (একটি বেছে নিন)
 ইউরোপিয়ান
 মধ্য প্রাচ্যীয়
 উত্তর আফ্রিকান
 জন্মগত হাওয়াইয়ান / অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয়
 দ্বীপপুঞ্জীয় অন্যান্য/একাধিক জাতি

পূর্ববর্তী স্কুলের তথ্য

শিক্ষার্থী সর্বসম্প্রতি যে স্কুলে পড়াশোনা করেছেন

নাম: _____

সিটি/স্টেট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

পিতামাতা/অভিভাবক 1

নামের প্রথম ও শেষাংশ:

শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:

সেল ফোন: ()

বাড়ির ফোন: ()

কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): ()

ইমেইল:

শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? হ্যাঁ না, ঠিকানা দিন:

স্ট্রিট:

অ্যাপা#:

সিটি:

স্টেট:

জিপ কোড:

পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?

না হ্যাঁ, কোন্ ভাষা? লিখিত _____ কথ্য _____

পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। হ্যাঁ না

পিতামাতা/অভিভাবক 2

নামের প্রথম ও শেষাংশ:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
সেল ফোন: ()		বাড়ির ফোন: ()	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): ()		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন্ ভাষা? লিখিত _____ কথ্য _____			
পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

পিতামাতা/অভিভাবক 3

নামের প্রথম ও শেষাংশ:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
সেল ফোন: ()		বাড়ির ফোন: ()	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): ()		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন্ ভাষা? লিখিত _____ কথ্য _____			
পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

পিতামাতা/অভিভাবক 4

নামের প্রথম ও শেষাংশ:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
সেল ফোন: ()		বাড়ির ফোন: ()	
কর্মস্থলের ফোন (প্রযোজ্য হলে): ()		ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর প্রকৃত ঠিকানা'র মতই? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না, ঠিকানা দিন:			
স্ট্রিট:			অ্যাপা#:
সিটি:	স্টেট:	জিপ কোড:	
পিতামাতা/অভিভাবকের সঙ্গে কি ইংরেজি ভাষা ব্যতীত অন্য কোন ভাষায় যোগাযোগ করতে হবে?			
<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, কোন্ ভাষা? লিখিত _____ কথ্য _____			
পিতামাতা/অভিভাবক কি বর্তমানে আর্মি, নেভি, এয়ার ফোর্স, মেরিনস, বা কোস্ট গার্ডের কোনো শাখায় কাজ করছে? মিশিগান ন্যাশনাল গার্ড বা রিজার্ভ কর্মচারী এর অন্তর্ভুক্ত। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

ডিপিএসসিডি স্কুলে অধ্যয়নরত মহোদর

নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	
নামের প্রথম ও শেষাংশ:	জন্ম তারিখ:	/	/
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	যে স্কুলে পড়ছে:	গ্রেড:	

গণযোগাযোগ ব্যবস্থা

স্কুল বন্ধের নোটিস, গুরুত্বপূর্ণ সংবাদ এবং ঘটনা সম্পর্কে পরিবারদেরকে জানানোর জন্য ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট ফোন কল, ইমেইল, বা টেক্সট বার্তাসহ গণযোগাযোগের বিভিন্ন উপকরণ ব্যবহার করে।

স্বীকৃতি এবং স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই ভর্তির ফর্মে দেওয়া তথ্য সত্য এবং সঠিক। প্রয়োজন হলে আমি ডিস্ট্রিক্টকে যাচাই করার জন্য সাক্ষাতকার দেবো। আমি অনুধাবন করি যে ভুল তথ্যের কারণে ভর্তি বাতিল হতে পারে। আমি অনুধাবন করি যে এই ফর্মের কোন তথ্যের পরিবর্তন হলে যথাযথ স্কুল অফিসে জানানো আমার দায়িত্ব।

এই ভর্তির ফর্ম স্বাক্ষর করে, আমি মেনে নিচ্ছি ও সম্মত হচ্ছি যে, যদি বসবাসের অবস্থা নির্ণয়ের জন্য আমাদের তথ্য এবং বিবৃতি সঠিক না হয়ে থাকে, তাহলে পুরো যে-সময়কালের জন্য আমার শিক্ষার্থী নন-রেসিডেন্ট ছিল, সে-সময়ের সকল টিউশন ফি এবং সংগ্রহের জন্য ব্যয় করা অর্থ আমি ব্যক্তিগত ভাবে ডিস্ট্রিক্টকে পরিশোধের জন্য দায়বদ্ধ থাকবো।

পিতামাতা বা অভিাবকের/স্বাক্ষর

স্পষ্টাক্ষরে

তারিখ



ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিঙ্গ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিঙ্গ থেকে ভিন্নতর লিঙ্গ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা dpscd.compliance@detroitk12.org -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।



স্কুল: _____ স্কুল বর্ষ: _____

শিক্ষার্থীর তথ্য

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	জন্ম তারিখ	/	/
গ্রেড:	হোমরুম শিক্ষক:	হোমরুম শ্রেণিকক্ষের নম্বর:		
বাড়ির ঠিকানা স্ট্রিট:	সিটি:	জিপি:		
শিক্ষার্থীর সেল ফোন নম্বর: ()	শিক্ষার্থীর ইমেইল:			
শিক্ষার্থী কার সঙ্গে বসবাস করে? প্রযোজ্য সবগুলো চিহ্নিত করুন:				
<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> অভিভাবক	<input type="checkbox"/> পিতামাতামহ	<input type="checkbox"/> অন্য আত্মীয়
<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____				

জরুরি অবস্থায় যোগাযোগের তথ্য

প্রাথমিক যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:
		()	()
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:	
	()		
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____		

পরবর্তী স্তরের যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:
		()	()
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:	
	()		
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____		

আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমাংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন:	হোম ফোন:
		()	()
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন:	ইমেইল:	
	()		
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> পালক পিতামাতা
	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____		

জরুরি যোগাযোগের তথ্য - অব্যাহত

আরও যোগাযোগ

নামের প্রথমংশ:	নামের শেষাংশ:	সেল ফোন: ()	হোম ফোন: ()
নিয়োগদাতা:	কর্মস্থলের ফোন: ()	ইমেইল:	
শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	<input type="checkbox"/> মা	<input type="checkbox"/> বাবা	<input type="checkbox"/> গ্র্যান্ডপ্যারেন্ট
	<input type="checkbox"/> সৎ পিতামাতা	<input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক	<input type="checkbox"/> অন্যান্য _____

শিক্ষার্থীর বাড়িতে থাকা সহোদর

শিক্ষার্থীর বাড়ির সকল সহোদরের তালিকা দিন (স্কুলে যায় না এমন বয়সের শিশুদেরকে অন্তর্ভুক্ত করুন)

নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /
নাম:	গ্রেড:	জন্ম তারিখ: / /

চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে / হাসপাতালের সঙ্গে যোগাযোগের সম্মতি

অংশ 1 - সম্মতি প্রদানে স্বীকৃতি

শুধু নিচের অংশ 1 অথবা অংশ 2 অবশ্যই পূরণ করে স্বাক্ষর করতে হবে।

ডাক্তারের নাম:	ফোন: ()	ঠিকানা:
ডেন্টিস্টের নাম:	ফোন: ()	ঠিকানা:
মেডিকেল বিশেষজ্ঞ (ঐচ্ছিক):	ফোন: ()	ঠিকানা:
স্থানীয় হাসপাতাল:	জরুরি কক্ষের ফোন: ()	ঠিকানা:

জরুরি মেডিকেল অনুমোদন আমি এই মর্মে একজন ফিজিশিয়ান, লাইসেন্সধারী নার্স, অথবা স্কুল প্রশাসন কর্তৃক নিয়োগকৃত অন্য স্কুল কর্মীকে আমার সন্তানের জীবন বা স্বাস্থ্যের জন্য হুমকিস্বরূপ কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে, যেমন ক্রীড়ায় অংশগ্রহণের ফলে সৃষ্ট পরিস্থিতিতে মেডিকেল চিকিৎসা প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি অনুধাবন করি যে স্কুল কর্মী এবং মেডিকেল কর্মীরা সদিচ্ছা নিয়ে, প্রয়োজ্য আইন মেনে এবং আমার সন্তানের সর্বোত্তম স্বার্থ বিবেচনায় নিয়ে কাজ করবেন। DPSCD কর্মীরাও প্রয়োজ্য নীতিমালা মেনে চলবেন। এই সম্মতি প্রদানের মাধ্যমে, আইন অনুযায়ী অনুমোদিত সীমার মধ্যে, আমি এর গুরুত্ব সম্পর্কে সম্পূর্ণ অবগত থেকে স্বৈচ্ছাপ্রণোদিত হয়ে, DPSCD, বোর্ড অব এডুকেশন এবং এর কর্মী, কন্সট্রাক্টর, এজেন্ট, এবং স্বৈচ্ছাসেবীদের প্রদানকৃত মেডিকেল চিকিৎসা থেকে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে উদ্ভূত দায়বদ্ধতা থেকে মুক্তি দিচ্ছি এবং ক্ষতির কারণ হিসেবে দায়ী করব না। এছাড়াও আমি একজন ফিজিশিয়ান, লাইসেন্সধারী নার্স অথবা স্কুল প্রশাসন কর্তৃক নিয়োগকৃত অন্য স্কুল কর্মীকে কোনো জরুরি পরিস্থিতিতে আমার সন্তানকে চিকিৎসার জন্য নিকটস্থ হাসপাতালে নিয়ে যাওয়ার ব্যাপারে অনুমতি দিচ্ছি। আমি এতদ্বারা আমার সন্তানকে প্রদানকৃত যেকোনো মেডিকেল চিকিৎসা ও পরিবহণের জন্য ব্যয় বহন করার দায়িত্ব গ্রহণ করছি, যার মধ্যে এরূপ খরচের জন্য DPSCD-কে ক্ষতিপূরণ প্রদান করাও অন্তর্ভুক্ত।

পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

দ্রষ্টব্য: উপর্যুক্ত তথ্য প্রয়োজন অনুযায়ী যথাযথ কর্মীর সঙ্গে শেয়ার করা হবে। এদের অন্যান্য অনেকের মধ্যে রয়েছেন প্রশাসকগণ, শিক্ষকগণ, সহায়তা কর্মী, বাস চালকগণ, খাবার ডেলিভারি কর্মী, কাস্টোডিয়ান, কোচ এবং সাবস্টিটিউট কর্মীগণ। অনুগ্রহ করে যেকোনো উদ্বেগ সম্পর্কে স্কুল নার্সকে অবহিত করুন।

অংশ 2 - সম্মতি প্রদানে অস্বীকৃতি

আপনি অংশ 1 পূরণ করে থাকলে অংশ 2 পূরণ করবেন না।

আমি আমার সন্তানকে জরুরি মেডিকেল চিকিৎসা প্রদানের বিষয়ে **সম্মতি দিচ্ছি না।** জরুরি চিকিৎসার প্রয়োজন হয় এমন অসুস্থতা বা আঘাতের ক্ষেত্রে আমি চাই স্কুল/ডিস্ট্রিক্ট কর্তৃপক্ষ নিম্নলিখিত পদক্ষেপগুলো গ্রহণ করুক:

পিতা-মাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____





প্রিয় পিতামাতা/অভিভাবক: এই ফর্মের তথ্য স্কুলে আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণের জন্য ব্যবহৃত হবে। অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সকল অংশ পূরণ করে যত শীঘ্রই সম্ভব আপনার সন্তানের স্কুলে ফেরত পাঠাবেন। প্রতিজন শিক্ষার্থীর জন্য প্রতি বছর অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম থাকতে হবে।

স্কুলের নাম:	গ্রেড:	আপনার সন্তান কি এই ডিস্ট্রিক্টে নতুন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মধ্যাংশ:	পদবী (জুনি, III, ইত্যাদি)
জন্ম তারিখ: / /			
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম:		শিক্ষার্থীর সঙ্গে সম্পর্ক:	
বাড়ির ফোন বা সেল ফোন: ()		কর্মস্থলের ফোন: ()	
স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নাম:		স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর ফোন: ()	
সর্বশেষ স্বাস্থ্য পরীক্ষার তারিখ: / / <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই		সর্বশেষ দাঁত পরীক্ষার তারিখ: / / <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই	
আপনার সন্তানের কী ধরনের বিমা আছে? <input type="checkbox"/> মেডিকএইড <input type="checkbox"/> প্রাইভেট <input type="checkbox"/> নিশ্চিত নই <input type="checkbox"/> আমার সন্তানের বর্তমানে কোন বিমা নেই		আপনার সন্তানের মেডিকএইড থাকলে, অনুগ্রহ করে প্ল্যানের নাম চিহ্নিত করুন: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Total Health Care <input type="checkbox"/> Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> অন্যান্য	

আপনার সন্তানের কি নিম্নোক্ত স্বাস্থ্য সমস্যাগুলোর কোনটি আছে?

স্বাস্থ্য সমস্যা	হ্যাঁ	না	স্বাস্থ্য সমস্যা	হ্যাঁ	না
গুরুতর অ্যালার্জি (খাবার, কীটপতঙ্গ, ঔষধ, ল্যাটেক্স) হ্যাঁ হলে, আপনার সন্তান কিসের প্রতি অ্যালার্জিক তা উল্লেখ করুন (নির্দিষ্ট খাবার, কীটপতঙ্গ, ল্যাটেক্স ইত্যাদি)			বিশ্রান্ততা		
হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে প্রতিক্রিয়া চিহ্নিত করুন: <input type="checkbox"/> হাইভ <input type="checkbox"/> ফোলা <input type="checkbox"/> শ্বাস কষ্ট <input type="checkbox"/> অন্যান্য			ডায়াবেটিস		
অ্যালার্জি (মৌসুমী)			মস্তিষ্কে আঘাত বা ধাক্কা		
উদ্বিগ্নতা			শ্রবণ সমস্যা		
অ্যাজমা বা শ্বাসকষ্ট			হৃদযন্ত্রের সমস্যা		
অ্যাটেনশন ডেফিসিট হাইপার অ্যাক্টিভিটি ডিসঅর্ডার			সীসার বিষক্রিয়া		
আচরণগত সমস্যা			গর্ভবতী		
মূত্রথলি বা অন্ত্রের সমস্যা			খিঁচুনি		
দাঁতের সমস্যা			সিকেল সেল রোগ		
			স্পিচ সমস্যা		
			দৃষ্টির সমস্যা		
			চশমা ব্যবহার করে		
			অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা, অনুগ্রহ করে এখানে লিখুন:		

ঔষধ এবং/অথবা বিশেষ কার্যপ্রণালী *

আপনার সন্তানকে কি প্রতিদিন স্কুলে ঔষধ গ্রহণ করতে হয়?

হ্যাঁ*

না

আপনার সন্তানের জন্য স্কুলে কোন জরুরি ঔষধ রাখতে হয়?

হ্যাঁ*

না

আপনার সন্তানের জন্য স্কুলে কি কোন বিশেষ কার্যপ্রণালীর প্রয়োজন হয়?
(জি-টিউব ফিডিং, ক্যাথেটারাইজেশন, ইত্যাদি)

হ্যাঁ*

না

*আপনি যদি উপরের ঔষধ এবং বিশেষ কার্যপ্রণালীর অংশে কোন প্রশ্নের উত্তরে হ্যাঁ বলে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে দিয়ে সংযুক্ত ঔষধ/বিশেষ কার্যপ্রণালীর অনুমতির ফর্ম পূরণ করিয়ে নিন। এই ফর্ম অবশ্যই স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী এবং পিতামাতা উভয় পক্ষ কর্তৃক স্বাক্ষরিত হতে হবে এবং অবশ্যই প্রতি বছর নবায়ন করতে হবে।

পারিবারিক চাহিদা

বিগত ১২ মাসে, আপনি কি কখনো আপনার চাহিদার চেয়ে কম খেয়েছেন, যার কারণ খাবারের জন্য পর্যাপ্ত অর্থের অভাব?

হ্যাঁ

না

স্বীকৃতি এবং স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই তথ্য আমার জানামতে সত্য এবং আমি জানি যে যদি এই তথ্যের কোন পরিবর্তন ঘটে তা স্কুলকে জানানো আমার দায়িত্ব। আমি আরও অনুধাবন করি যে, আমার সন্তানকে স্কুলে নিরাপদ ও সুরক্ষিত রাখার জন্য আমার সন্তানের স্কুলের যে-সকল-কর্মচারীর এই তথ্য জানা প্রয়োজন তাদের সঙ্গে এই তথ্য শেয়ার করা হবে।

পিতামাতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্পষ্টাক্ষরে নাম

তারিখ

TO BE COMPLETED BY OFFICE STAFF

	DATE	STAFF PERSON
Form Received		
Information entered into Student Information System		



ডিপিএসসিডি তার শিক্ষা কর্মসূচি ও কার্যক্রমে, চাকুরি ও ভর্তিসহ সকল ক্ষেত্রে জাতি, বর্ণ, জাতীয়তা, লিঙ্গ, যৌন আকর্ষণ, জন্মগত লিঙ্গ থেকে ভিন্নতর লিঙ্গ পরিচিতি, প্রতিবন্ধিত্ব, বয়স, ধর্ম, উচ্চতা, ওজন, নাগরিকত্ব, বৈবাহিক বা পারিবারিক মর্যাদা, সামরিক মর্যাদা, বংশ, জিনগত তথ্য বা আইনগত ভাবে সুরক্ষিত যে কোনো বিষয়ের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। প্রশ্ন? উদ্বেগ? সিভিল রাইটস কো-অর্ডিনেটরকে (313) 240-4377 নম্বরে বা dpdsc.compliance@detroitk12.org -এ বা 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202 ঠিকানায় যোগাযোগ করুন।

শিক্ষার্থীর তথ্য

শিক্ষার্থীর নামের শেষাংশ:	নামের প্রথমাংশ:	নামের মধ্যাংশ:	জন্ম তারিখ: / /
পিতামাতা/অভিভাবকের নামের প্রথমাংশ ও শেষাংশ:		বাড়ির ফোন নম্বর বা সেল নম্বর: ()	

তথ্য প্রকাশের জন্য সম্মতি

তথ্য প্রকাশের সম্মতির এই ফর্মে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলোতে সম্মতি দিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্কুলকে শিক্ষার্থীর নিম্নোক্ত তথ্যগুলো নিচের তালিকার ব্যক্তি/গ্রুপের কাছে প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি: সন্তানের পারিবারিক এবং জরুরি যোগাযোগের তথ্য, উপস্থিতি ও শৃঙ্খলামূলক রেকর্ড, টিকার ইতিহাস, শারীরিক পরীক্ষার ফলাফল যেমন শ্রুতি এবং দৃষ্টি, মানসিক মূল্যায়ন, বিশেষ শিক্ষার রেকর্ড, সেকশন 504 অনুযায়ী ব্যবস্থার প্ল্যান এবং রোগ সম্পর্কিত যে-কোন তথ্য, যেমন অ্যাজমা, ডায়াবেটিস বা খিচুনি।
 - আমার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী(বৃন্দ)
 - আমার সন্তানের স্বাস্থ্য বিমা পরিকল্পনা
 - মিশিগান ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস এবং ডেট্রয়েট হেলথ ডিপার্টমেন্ট (শুধুমাত্র টিকার রেকর্ড)
 - স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী - নিচে দেখুন
- আমি অনুধাবন করি যে এই তথ্য শেয়ার করলে ডিপিএসসিডি এ সকল ব্যক্তি/গ্রুপের প্রত্যেকের সঙ্গে কাজ করতে সমর্থ হবে যাতে সেবার সমন্বয় করা যায়, প্রয়োজনে বাইরে গিয়ে পরিষেবা দেওয়া যায়, এবং আমার সন্তানকে স্কুল সুস্থ এবং নিরাপদ রাখা যায়।
- আমি অনুধাবন করি যে, যে-কোন প্রকাশিত রেকর্ডের কপি পাওয়ার অধিকার আমার আছে। (আপনি কপি পেতে ইচ্ছুক হলে অনগ্রহ করে ইমেইল বা স্ট্রিটের ঠিকানা দিন, যেখানে এই রেকর্ডগুলো পাঠাতে হবে।)
- আমি অনুধাবন করি যে এ সকল ব্যক্তি ডিপিএসসিডি'র দেওয়া রেকর্ড ব্যবহার করে পরবর্তীকালেও আমার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে এবং/অথবা শিক্ষার্থীর স্বাস্থ্য সম্পর্কিত উদ্দেশ্যে তথ্য যাচাই করতে পারে।
- আমি অনুধাবন করি যে আমার এই অনুমোদন আমি স্বেচ্ছায় জ্ঞাপন করছি এবং আমার সন্তান স্কুল ডিস্ট্রিক্ট ত্যাগ করলে বা গ্র্যাজুয়েট হলে তা বাতিল হয়ে যাবে। **আমি অনুধাবন করি যে এই অনুমোদন যে কোন সময় স্কুলের প্রশাসন অফিসে নোট পাঠিয়ে বা লিখিত পত্রের মাধ্যমে আমি বাতিল করতে পারি।**

স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর মধ্যে নিম্নের যে কেউ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে:

- স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র (SBHC): অনেক রকম সাধারণ রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার সামর্থ্য যেমন গলা ব্যথা, মাথা ব্যথা, এবং কানের সংক্রমণ, এবং দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতার ব্যবস্থাপনা। SBHC আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষেবাও দিতে সমর্থ।
- দাঁতের যন্ত্রের পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে মুখের স্বাস্থ্য শিক্ষা, স্ক্রিনিং, ফ্লোরাইড ভার্নিশ অ্যাপ্লিকেশন, প্রতিরোধমূলক যত্ন এবং পরিষ্কারকরণ, রেস্টোরোটিভ/সংশোধনমূলক যত্ন।
- দৃষ্টি সংক্রান্ত পরিষেবা: এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে স্ক্রিনিং, পরীক্ষা, চিকিৎসা এবং/অথবা সংশোধন যেমন চশমা
- টিকাদান পরিষেবা
- আচরণগত স্বাস্থ্য পরিষেবা

আপনার সন্তান যাতে এ সকল প্রভাইডারের কাছে থেকে পরিষেবা পায়, সেজন্য আপনাকে প্রতিটি প্রভাইডারের সঙ্গে আলাদা আলাদা তালিকাভুক্তির ফর্ম পূরণ করতে হবে।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম:	শিশুর সঙ্গে সম্পর্ক:	তারিখ: / /
-------------------------	----------------------	---------------

পারিবারিক শিক্ষা অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA)

FERPA বলতে কী বোঝায়?

পারিবারিক শিক্ষা অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA) হচ্ছে একটি ফেডারেল আইন যেটি শিক্ষার্থীর শিক্ষা রেকর্ড-এর গোপনীয়তার সুরক্ষা দেয়। সাধারণভাবে, শিক্ষার্থীর শিক্ষার রেকর্ড থেকে কোন তথ্য প্রকাশ করার জন্য স্কুলের কাছে পিতামাতার, বা শিক্ষার্থীর বয়স ১৮-র অধিক হলে, শিক্ষার্থীর অবশ্যই লিখিত অনুমোদন থাকতে হবে।

কিসের জন্য অনুমতি?

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট আপনার সম্মতির অনুরোধ জানাচ্ছে, কারণ আমাদের শিক্ষার্থীর রেকর্ডের তথ্য আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান, স্কুল-ভিত্তিক কোন পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে অথবা আইন অনুযায়ী, মিশিগান এবং ডেট্রয়েট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথসহ বিভিন্ন সংস্থার সঙ্গে আমাদের শেয়ার করতে হতে পারে। স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীরা হচ্ছে চিকিৎসক(বৃন্দ) বা নার্স প্র্যাক্টিশনার(বৃন্দ) যারা আপনার সন্তানের যত্ন নেন, যেমনটা ডিস্ট্রিক্টের রেকর্ডে উল্লেখ করা আছে। হেলথ প্ল্যান হচ্ছে এমন একটি সংস্থা যেটি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবার বেনিফিটগুলো পরিচালনা করে, যেমন মেডিকএইড বা কোনো স্বাস্থ্য বিমা কোম্পানি।

এই বিষয়টি কেন গুরুত্বপূর্ণ?

এই সম্মতির ফর্ম ডিস্ট্রিক্টকে শিক্ষার্থীর শিক্ষা রেকর্ড থেকে স্বাস্থ্য তথ্য, অনুরোধ করা হলে বা আইন অনুযায়ী প্রয়োজন হলে, এবং/অথবা বেনিফিটসহ স্বাস্থ্য সেবার সমন্বয়ে সহায়তার জন্য, শেয়ার করতে সমর্থ করে। আপনার সম্মতি ছাড়া, আপনাকে বা আপনার সন্তানকে সাহায্য করার জন্য ডিস্ট্রিক্ট আপনার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান বা স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে সহযোগিতার পন্থার ক্ষেত্রে বেশ সীমিত হয়ে পড়ে।

এই ফর্ম কী করতে পারে না

- এই ফর্ম শুধুমাত্র সীমিত কিছু উদ্দেশ্যে, আপনার সম্মতি সাপেক্ষে, ডিস্ট্রিক্টকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দেয়। ডিস্ট্রিক্টের সঙ্গে তথ্য শেয়ার করার লক্ষ্যে, আপনার কাছ থেকে অনুমতি গ্রহণের জন্য প্রতিটি ভিন্ন ভিন্ন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, হেলথ ইনসুরেন্স প্ল্যান, বা কোন স্কুল-ভিত্তিক স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নিজস্ব পদ্ধতি থাকতে পারে।
- আপনার এই স্বাক্ষর আপনার পক্ষ হয়ে আপনার সন্তানের চিকিৎসা লাভের জন্য ডিস্ট্রিক্টকে অনুমোদন দেয় না।

**পূর্ববর্তী পাতায় স্বাক্ষর করে ফেরত পাঠিয়ে স্বাস্থ্য পরিষেবার
সঙ্গে আপনাকে এবং আপনার সন্তানকে সংযুক্ত করতে
অনুগ্রহ করে আমাদের সাহায্য করুন।**



প্রিয় পিতা-মাতা বা অভিভাবক,

আমরা আপনাকে জানাতে পেরে আনন্দিত যে ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুল কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট জাতীয় স্কুল লাঞ্চ প্রোগ্রাম এবং স্কুল ব্রেকফাস্ট প্রোগ্রামের অংশ হিসেবে কমিউনিটি এলিজিবিলিটি প্রোগ্রাম (CEP) এ অংশগ্রহণ করছে। আমাদের স্কুলসমূহে তালিকাভুক্ত সকল শিক্ষার্থীরা প্রতিদিন আপনার বাড়িতে কোনো চার্জছাড়াই স্বাস্থ্যকর সকালের নাস্তা ও দুপুরের খাবার পাবে।

এই প্রোগ্রামটি সমর্থন করার জন্য, জেলায় **সমস্ত পরিবারকে গৃহের তথ্য প্রতিবেদন পূরণ এবং স্বাক্ষর করতে হবে।** আমরা আপনাকে এটি পূরণ করতে বলছি **আপনার আয়ের স্তর নির্বিশেষে** - বিভিন্ন স্টেট ও ফেডারেল সম্পূর্ণক প্রোগ্রাম যেমন টাইটেল I A, অ্যাট-রিঙ্ক (31a), টাইটেল II A, ই-রেট, ইত্যাদি থেকে আমাদের স্কুলগুলো যে অর্থ পাচ্ছে তার পরিমাণ নির্ণয় করার জন্য সব শিক্ষার্থীর কাছ থেকে এই ফরম সংগ্রহ করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

সংযুক্ত ফরমটি পূরণ করা নিম্নলিখিত সুবিধাদি ও সংস্থানসমূহ নিশ্চিত করতে সাহায্য করবে আপনার সন্তান, তার শ্রেণিকক্ষ এবং বিদ্যালয়ের জন্য উপলব্ধ থাকা:

- বিনামূল্যে পড়ানো এবং স্কুল পরবর্তী কর্মসূচীসমূহ
- আপনার সন্তানের শ্রেণিকক্ষের জন্য বাড়তি শিক্ষক সহায়তা এবং অন্য বিশেষায়িত কর্মী
- শ্রেণিকক্ষের প্রযুক্তি - কম্পিউটার, হোয়াইট বোর্ড ও ইন্টারনেট
- ডট বাস কার্ড এবং অন্যান্য পরিবহন সহায়তা
- বিনামূল্যে গ্রীষ্মের স্কুল এবং গ্রীষ্ম সমৃদ্ধকরণ কর্মসূচী
- বিনামূল্যে কলেজ পরীক্ষা পরিষেবা এবং কলেজের আবেদন ফি মওকুফ
- পিতা-মাতা ও কমিউনিটির সম্পৃক্ততার জন্য সাপ্লাই ও ক্রিয়াকলাপ
- মার্চ ভ্রমণসমূহ, মার্চ ভ্রমণের দিনগুলি এবং অন্যান্য একাডেমিক সমৃদ্ধিমূলক ক্রিয়াকলাপ
- পেশা বিষয়ক এবং প্রযুক্তিগত শিক্ষার সুযোগ

আমাদের স্কুলের যাতে শিক্ষার্থীদের চাহিদাগুলো পূরণের জন্য অতিরিক্ত তহবিল থাকে তা নিশ্চিত করতে এনরোলমেন্ট প্যাকেটের অংশ হিসেবে আমরা আপনাকে অনুগ্রহ করে ফরমটি পূরণ করে জমা দেয়ার জন্য বলছি। জমা দেওয়া রিপোর্টে থাকা সব তথ্য গোপনীয়। সংযুক্ত রিপোর্টটি পূরণ করে ফেরত দেয়ার ক্ষেত্রে আপনার সহযোগিতা ছাড়া আমাদের স্কুলগুলো উপলব্ধ স্টেট ও ফেডারেল তহবিলের সর্বোচ্চ ব্যবহার করতে পারবে না।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি ২০২১-২২ স্কুলবর্ষের জন্য তালিকাভুক্ত করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে এই ফরমটি আপনার কাছে রাখুন এবং ১ জুলাই, ২০২১ তারিখের পর এটি স্বাক্ষর করে আপনার স্কুলে জমা দিন। ১ জুলাই, ২০২১ তারিখের আগে পূরণ করা ফরমগুলো ২০২১-২২ স্কুল বর্ষের জন্য উপযুক্ত বিবেচিত হবে না।

যদি আমরা আর কোনো সহায়তা করতে পারবো বলে মনে করেন, তাহলে অনুগ্রহ করে (৩১৩) ৫৭৮-৭২২০ নম্বরে আমাদের সাথে যোগাযোগ করুন।

বিনীত,

ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট

পূরণ করার নির্দেশনাবলী
পরিবারের তথ্য প্রতিবেদন

অনুগ্রহ করে ফরমটি সম্পূর্ণ পূরণ করে স্বাক্ষর করুন।



যদি আপনার পরিবারের কোনো সদস্য খাদ্য সহায়তা প্রোগ্রাম (FAP), পারিবারিক স্বনির্ভরতা প্রোগ্রাম (FIP), অথবা FDPIR থেকে সুবিধাদি পেয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে এই নির্দেশনাবলী অনুসরণ করুন:

এ অংশ	আপনার পরিবারে বসবাসকারী মোট ব্যক্তির সংখ্যা, সহ লিখুন প্রদত্ত ঘরে সব শিশু
বি অংশ	যে কোনও পরিবারের সদস্য (প্রাপ্ত বয়স্ক সহ) প্রাপ্তির ক্ষেত্রে নম্বরটি তালিকাভুক্ত করুন FAP, FIP, or FDPIR সুবিধাসমূহ।
সি অংশ	নামের প্রথম ও শেষ অংশ, জন্ম তারিখ, শিশু যে স্কুলে যাচ্ছে তার নাম, এবং গৃহহীন হলে এইচ, অভিবাসী হলে এম, পলাতক হলে আর অথবা পালক সন্তান হলে এফ লিখুন।
ডি অংশ	এই অংশ এড়িয়ে যান।
ই অংশ	ফরমটিতে স্বাক্ষর করুন। আপনার নাম এবং তারিখ মুদ্রণ করুন।

যদি আপনার পরিবার খাদ্য সহায়তা প্রোগ্রাম (FAP), পারিবারিক স্বনির্ভরতা প্রোগ্রাম (FIP), অথবা FDPIR থেকে সুবিধাদি না পায়, তাহলে অনুগ্রহ করে এই নির্দেশনাবলী অনুসরণ করুন:

এ অংশ	তালিকাভুক্ত করুন আপনার পরিবারে বসবাসকারী মোট ব্যক্তির সংখ্যা সহ সব শিশু।
বি অংশ	এই অংশ এড়িয়ে যান।
সি অংশ	নামের প্রথম ও শেষ অংশ, জন্ম তারিখ, শিশু যে স্কুলে যাচ্ছে তার নাম, এবং গৃহহীন হলে এইচ, অভিবাসী হলে এম, পলাতক হলে আর অথবা পালক সন্তান হলে এফ লিখুন।
ডি অংশ	প্রযোজ্য প্রতিটি ধরনের আয়ের জন্য সমস্ত স্কুল আয় দিন। যদি আপনার থাকে ১ টি বা তার বেশি ধরনের আয় না থাকে, তাহলে আয় না থাকলে নেই অপশনটি বৃত্ত করুন। ১-৬ পর্যন্ত লাইনগুলো যোগ করুন এবং পরিবারের মোট মাসিক আয় লিখুন।
ই অংশ	ফরমটিতে স্বাক্ষর করুন। আপনার নাম এবং তারিখ মুদ্রণ করুন।

পরিবারের তথ্য প্রতিবেদন

আপনার স্কুল যোগ্য বিবেচিত হতে পারে এমন বিভিন্ন অতিরিক্ত স্টেট ও ফেডারেল প্রোগ্রামের সুবিধাদির উপযুক্ততা নির্ণয়ের জন্য, অনুগ্রহ করে এই রিপোর্টটি সম্পূর্ণ করে স্বাক্ষর করে জমা দিন _____

(স্কুলের নাম)

এই সেকশনগুলো অবশ্যই পরিবারের প্রধান অথবা নির্ধারিত ব্যক্তিকে পূরণ করতে হবে।

এ অংশ. পরিবারের আকার

সব প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি ও শিশু সহ আপনার পরিবারে বসবাসকারী মোট ব্যক্তির সংখ্যা লিখুন

বি অংশ. বর্তমান সুবিধাদি

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে নিচের অংশটি সম্পূর্ণ করুন

যদি আপনার পরিবারের কোনো সদস্য খাদ্য সহায়তা প্রোগ্রাম (FAP), পারিবারিক স্বনির্ভরতা প্রোগ্রাম (FIP), অথবা FDIPIR পেয়ে থাকেন, তাহলে সুবিধাদি প্রাপ্ত ব্যক্তির নাম ও কেস নম্বর সরবরাহ করুন। ব্রিজ কার্ড নম্বর এবং মেডিকেইড নম্বর কেস নম্বর হিসেবে গ্রহণযোগ্য হবে না।

নাম:

কেস নম্বর:

সি অংশ. শিক্ষার্থীর তথ্য

প্রি-কিন্ডারগার্টেন থেকে ১২তম গ্রেড পর্যন্ত প্রত্যেক শিক্ষার্থীর জন্য পূরণ করুন

নামের শেষাংশ	নামের প্রথমাংশ	জন্ম তারিখ XX/XX/XXXX	স্কুল	শনাক্ত করুন এইচ যদি গৃহহীন হয়, এম যদি অভিবাসী হয়
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

যদি আপনার বাড়তি জায়গা প্রয়োজন হয়, তাহলে এই রিপোর্টের সাথে দ্বিতীয় একটি শিট সংযুক্ত করুন অথবা স্পষ্টভাবে পৃষ্ঠা ২ লিখে চিহ্নিত করে এই

পরিবারের তথ্য প্রতিবেদন - চলমান

ডি অংশ। পরিবারের মোট মাসিক আয়

পালক সন্তান ছাড়া পরিবারের অন্য সকল সদস্যের আয় রিপোর্ট করুন।
যদি আপনি উপরে কোনো কেস নম্বর রিপোর্ট করে থাকেন, তাহলে আপনাকে এই সেকশনটি পূরণ করতে হবে না।
শুধু স্বাক্ষর এবং তারিখ ফর্ম।

আয়ের ধরন	আয়	না থাকলে বৃত্ত
১। মোট মাসিক আয়: মজুরি, বেতন, কমিশন	\$	নেই
২। মাসিক কল্যাণ প্রদান, শিশু সমর্থন, খোরপোশ	\$	নেই
৩। পেনশন, অবসর, সামাজিক সুরক্ষা থেকে মাসিক প্রদান	\$	নেই
৪। মাসিক লভ্যাংশ বা সঞ্চয় এর উপর সুদ	\$	নেই
৫। মাসিক শ্রমিক ক্ষতিপূরণ, বেকারত্ব, ধর্মঘটের সুবিধা	\$	নেই
৬। অন্যান্য মাসিক আয় (SSI, VA, অক্ষমতা, খামার, অন্যান্য)	\$	নেই
পরিবারের মোট মাসিক আয় (১-৬ লাইনগুলো যোগ করুন)	\$	

ই অংশ. স্বাক্ষর

আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই রিপোর্টের সকল তথ্য সত্য এবং সকল আয়ের কথা রিপোর্ট করা হয়েছে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার দেয়া তথ্যের উপর নির্ভর করে স্কুলটি ফেডারেল/স্টেট তহবিল লাভ করবে। আমি বুঝতে পেরেছি যে স্কুলের কর্মকর্তারা এই তথ্য যাচাই (চেক) করতে পারেন।

_____ / /
স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

ইমেইল ঠিকানা (আপনার ইমেইল ঠিকানা দিলে ডিস্ট্রিক্ট আপনার সাথে ইমেইলে যোগাযোগ করতে পারে)।





অনুগ্রহ করে সকল তথ্য স্পষ্টাঙ্করে লিখুন

বরাবর: _____-এর পিতামাতা/অভিভাবক
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

জনশিক্ষার বিকাশে বিভিন্ন কার্যক্রমে, স্কুল, শিক্ষার্থী বা ডিস্ট্রিক্টকে সবার কাছে তুলে ধরার জন্য, কখনও কখনও ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট অনুমোদিত অবাণিজ্যিক ভিডিও, ফটোগ্রাফিক এবং/অথবা অডিও প্রোডাকশনের ফ্রু স্কুলে বা আপনার সন্তান অংশগ্রহণ করছে এমন ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট অনুমোদিত কার্যক্রমে উপস্থিত থাকতে পারে। আপনি যদি এই সকল ভিডিও/ফটোগ্রাফিক/অডিও, প্রোডাকশনস/সাক্ষাৎকার/কার্যক্রমে আপনার সন্তানের অংশগ্রহণে সম্মতি দেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের অংশটুকু পাঠ করে স্বাক্ষর দিন।

আমি, _____, নামক শিক্ষার্থীর পিতামাতা/অভিভাবক।
(পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

জনশিক্ষার স্বার্থে, আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে, এর বোর্ড অব এডুকেশনকে, এবং অবাণিজ্যিক প্রোডাকশন ফ্রুদেরকে, যারা তাদের অনুমোদিত কর্মচারী বা এজেন্টের মাধ্যমে কাজ করবে তাদেরকে, উপস্থিত শিক্ষার্থীর কথা এবং/অথবা চিত্র, এককভাবে বা অন্য ব্যক্তির সঙ্গে, শিক্ষার্থীর নাম প্রকাশ করে বা নাম না প্রকাশ করেই, জনশিক্ষার স্বার্থে ডিপিএসসিডি অনুমোদিত সংশ্লিষ্ট প্রকল্পে ব্যবহার, প্রকাশ এবং অডিও এবং/অথবা ভিজুয়াল রিপ্ৰোডাকশন কপিরাইটের অনুমোদন দিচ্ছি।

এই অনুমোদন _____
(শিক্ষার্থীর নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

যে-দিন থেকে _____-এর শিক্ষার্থী হবে
(স্কুলের নাম স্পষ্টাঙ্করে লিখুন)

সেদিন থেকেই অনির্দিষ্টকালের জন্য কার্যকর থাকবে, যতদিন পর্যন্ত না ডিপিএসসিডি-তে বা স্কুলে শিক্ষার্থী হিসাবে তার মেয়াদ বাতিল হচ্ছে। আমি এতদ্বারা ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুলস কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্টকে এই সকল চিত্র বা যে-কোন ধরণের রেকর্ডিং-এর কারণে যে কোন দায়, এবং যে কোন ও সকল প্রকার আঘাত, দাবী, ক্ষতি বা ব্যয় বা পারিশ্রমিকের যে-কোন প্রকার অনুরোধ থেকে দায়মুক্তি ও অব্যাহতি দিচ্ছি।

_____ পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

_____ তারিখ

_____ ঠিকানা, সিটি, জিপি

পূরণ করা ফর্ম আপনার স্কুলে রাখুন।

অফিস অব কমিউনিকেশন্স অ্যান্ড মার্কেটিং

ফোন: 313-873-3494 | communications@detroitk12.org