

এই ফর্মটি সেন্ট্রাল ইজিড এনরোলমেন্ট পোর্টালের মাধ্যমে Summer Rising প্রোগ্রামে গৃহীত হওয়া অংশগ্রহণকারীদের জন্য এবং  
অংশগ্রহণ চূড়ান্ত করতে এটি সম্পূর্ণ করতে হবে।

এই আবেদনের উদ্দেশ্যে, "আবেদনকারী" বলতে পরিষেবা গ্রহণকারী ব্যক্তিকে বোঝায়।

আবেদনকারীর তথ্য					
আবেদনকারীর পুরো নাম:				জন্ম তারিখ:	বয়স:
OSIS# (শুধুমাত্র DOE শিক্ষার্থীদের জন্য):	শ্রেণী:	লিঙ্গ পরিচয়:	সর্বনাম:		
আবেদনকারীর ফোন (যদি প্রযোজ্য হয়):	আবেদনকারী ইমেল (যদি প্রযোজ্য হয়):				
আবেদনকারী কতটা ভালো ইংরেজি বলতে পারে? (একটা নির্বাচন করুন)			প্রাথমিক ভাষা	অন্যান্য কথ্য ভাষা	
<input type="checkbox"/> সাবলীল <input type="checkbox"/> ভালো <input type="checkbox"/> অতটা ভালো নয় <input type="checkbox"/> একটুও ভালো নয়					

স্বাস্থ্য তথ্য		
অনুগ্রহ করে নিচের প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন এবং প্রদত্ত স্থানে অতিরিক্ত বিবরণ দিন।		
আবেদনকারীর কী:		
কোন এলার্জি আছে?	অ্যাজমা আছে?	বিশেষ স্বাস্থ্য যত্নের প্রয়োজন আছে?
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
এমন কোন কার্যক্রম আছে যাতে তারা অংশগ্রহণ করতে পারবেন না?	কোন অবস্থা বা অসুস্থতার জন্য ঔষুধ সেবন করেন?	
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
অন্য কোন স্বাস্থ্য তথ্য বা অবস্থা আছে? (খাদ্য, ইত্যাদি)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
যদি উপরের কোনোটির জন্য হ্যাঁ দিয়ে থাকেন, তবে অনুগ্রহ করে এখানে অতিরিক্ত বিবরণ প্রদান করুন। আপনার যদি আরও জায়গার প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।		

চিকিৎসার জন্য সম্মতি			
আমার সন্তান একাট DYCD- অর্থায়িত প্রোগ্রামে অংশগ্রহণকারী হিসাবে নথিভুক্ত হয়েছে। একটি মেডিকেল ইমার্জেন্সির পরিস্থিতিতে আমি আমার সন্তানের জন্য যত তাড়াতাড়ি সম্ভব প্রয়োজনীয় জরুরি চিকিৎসার জন্য সম্মতি দিচ্ছি, এই জেনে যে আমাকে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব অবহিত করা হবে। আমি বুঝি যে আমার সাথে যোগাযোগ করার জন্য সর্বাঙ্গিক প্রচেষ্টা করা হবে, অথবা, আমি অনুপলব্ধ হলে, তালিকাভুক্ত জরুরি যোগাযোগ গুলি আগে এবং চিকিৎসা সেবা প্রদানের পরে।			
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ, আমি অনুমতি দিচ্ছি		<input type="checkbox"/> না, আমি অনুমতি দিচ্ছি না	
পিতামাতা/অভিভাবকের প্রিন্ট:	পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:	তারিখ:	
আবেদনকারীর কি স্বাস্থ্য বীমা আছে? (একটা নির্বাচন করুন)	যদি না হয়, আপনি কি অন্য কারও সাথে যোগাযোগ করতে চান যার কাছে স্বাস্থ্য বীমার জন্য সাইন আপ সম্পর্কিত তথ্য আছে?		
<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অনিচ্ছুক	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ, এর মাধ্যমে আমার সাথে যোগাযোগ করুন: <input type="checkbox"/> ইমেইল <input type="checkbox"/> মার্কিন মেইল <input type="checkbox"/> ফোন <input type="checkbox"/> সেবা প্রদানকারী মাধ্যমে		<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অনিচ্ছুক
যদি হ্যাঁ, তাহলে কোন ধরনের স্বাস্থ্য বীমা? (প্রযোজ্য সবগুলো নির্বাচন করুন)			
<input type="checkbox"/> মেডিকেলইড	<input type="checkbox"/> মেডিকেলয়ার	<input type="checkbox"/> স্টেট চিলড্রেনস্ হেলথ ইনসুরেন্স প্রোগ্রাম	
<input type="checkbox"/> চাকুরি-ভিত্তিক	<input type="checkbox"/> সরাসরি ক্রয়	<input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য স্টেট চিলড্রেনস্ হেলথ ইনসুরেন্স	
<input type="checkbox"/> সামরিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা	<input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অনিচ্ছুক		

**গৃহস্থের তথ্য**

পরবর্তী প্রশ্নের সেটের জন্য, গৃহস্থ কে সংজ্ঞায়িত করা হয় যেকোন ব্যক্তি বা ব্যক্তিগোষ্ঠীকে (পরিবারের সদস্য বা পরিবারের সদস্য নয়) যারা একটি অর্থনৈতিক একক হিসাবে একসাথে বসবাস করছে। আয়কে পরিবারের মধ্যে বসবাসকারী 18+ বছর বয়সী পরিবারের সদস্য এবং পরিবারের সদস্য নয় এমন সকলের মোট বার্ষিক আয় হিসাবে সংজ্ঞায়িত করা হয়।

**আবেদনকারী এমন একটি পরিবারে থাকেন যার নেতৃত্বে থাকেন** (একটি নির্বাচন করুন):

**আবেদনকারীর আবাসনের প্রকার** (একটি নির্বাচন করুন):

- |   |   |                                 |   |
|---|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> একক অভিভাবক - মহিলা                      | <input type="checkbox"/> দুইজন প্রাপ্তবয়স্ক - কোন সন্তান নেই | <input type="checkbox"/> নিজস্ব | <input type="checkbox"/> গৃহহীন                 |
| <input type="checkbox"/> একক অভিভাবক - পুরুষ                      | <input type="checkbox"/> দুইজন প্রাপ্তবয়স্কের গৃহস্থ         | <input type="checkbox"/> ভাড়া  | <input type="checkbox"/> অন্যান্য স্থায়ী আবাসন |
| <input type="checkbox"/> একক অভিভাবক - কোন সন্তান নেই             | <input type="checkbox"/> বহু প্রজন্মের বাড়ি                  | <input type="checkbox"/> NYCHA  | <input type="checkbox"/> অন্যান্য:              |
| <input type="checkbox"/> শিশুদের সাথে অ-সম্পর্কিত প্রাপ্তবয়স্করা | <input type="checkbox"/> অন্যান্য:                            | <input type="checkbox"/> আশ্রয় |   |

**আবেদনকারীর গৃহস্থের আকার** (একটি নির্বাচন করুন):

**গত 12 মাসে পরিবারের মোট আয়** (একটি নির্বাচন করুন):

- |                               |  |                                |   |  |  |
|-------------------------------|--|--------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> এক   | <input type="checkbox"/> দুই             | <input type="checkbox"/> তিন   | <input type="checkbox"/> 0 ডলার                   | <input type="checkbox"/> 1 ডলার-12,060 ডলার  | <input type="checkbox"/> 12,061 ডলার-16,240 ডলার |
| <input type="checkbox"/> চার  | <input type="checkbox"/> পাঁচ            | <input type="checkbox"/> ছয়   | <input type="checkbox"/> 16,241 ডলার-20,420 ডলার  | <input type="checkbox"/> 20,421 ডলার-24,600  | <input type="checkbox"/> 24,601 ডলার-28,780 ডলার |
| <input type="checkbox"/> সাত  | <input type="checkbox"/> আট              | <input type="checkbox"/> নয়   | <input type="checkbox"/> 28,781 ডলার-32,960 ডলার  | <input type="checkbox"/> 32,961 ডলার-37,140  | <input type="checkbox"/> 37,141 ডলার-41,320 ডলার |
| <input type="checkbox"/> দশ   | <input type="checkbox"/> এগারো           | <input type="checkbox"/> বারো  | <input type="checkbox"/> 41,321 ডলার-50,000 ডলার  | <input type="checkbox"/> 50,001 ডলার-60,000  | <input type="checkbox"/> 60,001 ডলার-70,000 ডলার |
| <input type="checkbox"/> তেরো | <input type="checkbox"/> চৌদ্দ           | <input type="checkbox"/> পনেরো | <input type="checkbox"/> 70,001 ডলার-80,000 ডলার  | <input type="checkbox"/> 80,001 ডলার-90,000  | <input type="checkbox"/> 100,000 + ডলার          |
| <input type="checkbox"/> ষোল  | <input type="checkbox"/> সতেরো           | <input type="checkbox"/> আঠারো | <input type="checkbox"/> 90,001 ডলার-100,000 ডলার | <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অনিচ্ছুক |  |
| <input type="checkbox"/> উনিশ | <input type="checkbox"/> বিশ বা তার বেশি |                                |   |  |  |

**আবেদনকারীর পারিবারিক আয়ের উৎস** (যেগুলো প্রযোজ্য সবগুলো নির্বাচন করুন):

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> চাকুরির মজুরি                               | <input type="checkbox"/> HUD-VASH                                  | <input type="checkbox"/> LIEHEAP                     | <input type="checkbox"/> পরিপূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (SNAP)    |
| <input type="checkbox"/> চাইল্ড কেয়ার ভাউচার                        | <input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত প্রতিবন্ধকতা বীমা               | <input type="checkbox"/> পাবলিক হাউজিং               | <input type="checkbox"/> VA পরিষেবা- সংযুক্ত প্রতিবন্ধকতা ক্ষতিপূরণ |
| <input type="checkbox"/> হাউজিং চয়েস ভাউচার                         | <input type="checkbox"/> সামাজিক নিরাপত্তা প্রতিবন্ধকতা (SSDI)     | <input type="checkbox"/> পরিপূরক নিরাপত্তা আয় (SSI) | <input type="checkbox"/> VA নন-সার্ভিস সংযুক্ত প্রতিবন্ধী পেনশন     |
| <input type="checkbox"/> স্থায়ী সহায়ক হাউজিং                       | <input type="checkbox"/> বেকারত্ব বীমা                             | <input type="checkbox"/> অন্যান্য:                   | <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে অনিচ্ছুক                        |
| <input type="checkbox"/> অবসর আয় সামাজিক নিরাপত্তা                  | <input type="checkbox"/> কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ                     | <input type="checkbox"/> চাইল্ড সাপোর্ট              |   |
| <input type="checkbox"/> অভাবী পরিবারের জন্য অস্থায়ী সহায়তা (TANF) | <input type="checkbox"/> WIC                                       | <input type="checkbox"/> সাধারণ সহায়তা              |   |
| <input type="checkbox"/> সেফটি নেট/হোম রিলিফ                         | <input type="checkbox"/> ভরণপোষণ বা অন্যান্য স্বামী-স্ত্রী সহায়তা | <input type="checkbox"/> পেনশন                       |   |
| <input type="checkbox"/> সাশ্রয়ী যন্ত্র আইনের ভর্তুকি               | <input type="checkbox"/> বেকারত্ব ট্যাক্স ক্রেডিট                  |  |   |
| <input type="checkbox"/> অর্জিত আয়কর ক্রেডিট (EITC)                 |  |  |   |

**অতিরিক্ত তথ্য এবং অনুমতি**

**অংশগ্রহণকারী:**  এখন গ্রেড \_\_\_\_\_ তে পড়ে এবং দিনের শেষে তার নিজ থেকে ছুটি নেওয়ার অনুমতি রয়েছে।  অবশ্যই এসে নিয়ে যেতে হবে

গ্রীষ্মকালীন বাস সুবিধা পাচ্ছে (\*কেবল যারা যোগ্য) **পলাতক যুবক**  হ্যাঁ  না  উত্তর দিতে অনিচ্ছুক

**অন্যথায় উল্লেখ না থাকলে শিশুকে তুলে নেওয়ার জন্য অনুমোদিত অতিরিক্ত ব্যক্তিদের জরুরি যোগাযোগ:**

নাম:	ফোন:	সম্পর্ক

**নিম্নলিখিত লোকেরা আমার সন্তানকে তুলে নিতে পারবেন না:** (অনুগ্রহ করে পরিষ্কার করে লিখুন)

নাম / সম্পর্ক	নাম / সম্পর্ক	নাম / সম্পর্ক

**ফটোগ্রাফি/ভিডিও টেপিং এবং আসল কাজের ব্যবহারের জন্য সম্মতি**

DYCD-অর্থায়নকৃত প্রোগ্রামে নথিভুক্ত একজন অংশগ্রহণকারী হিসাবে, অনুগ্রহ করে সচেতন থাকুন যে সময়ে সময়ে DYCD নিউ ইয়র্ক শহর, এর চুক্তিবদ্ধ প্রদানকারী, অনুমোদিত এজেন্ট, তৃতীয় পক্ষের সংস্থা যার সাথে এটি কাজ করে, বা অন্যান্য সরকারি প্রতিনিধি (সম্মিলিতভাবে, "অনুমোদিত পক্ষগুলি") প্রোগ্রামের কার্যক্রম এবং প্রোগ্রাম পরিষেবাগুলির সাথে যুক্ত বিশেষ ইভেন্টের সময় উপস্থিত থাকতে পারে, স্বাভাবিক প্রোগ্রাম স্থানে এবং অফ-সাইট ইভেন্টগুলি উভয়ে। কিছু ক্ষেত্রে, তারা ছবি, ভিডিও টেপ, সাক্ষাৎকার বা অন্যথায় এই প্রোগ্রামগুলিতে অংশগ্রহণকারীদের এবং তাদের পরিবার ও বন্ধুদের রেকর্ড করতে পারে। ফলস্বরূপ ইমেজ, ভিডিও, এবং সাক্ষাৎকার ব্যবহার করা যেতে পারে, অংশগ্রহণকারীর নাম সহ বা ছাড়া, মুদ্রিত এবং ইলেকট্রনিক মিডিয়া যেমন রোশার, বই প্রিন্ট এবং ইমেল নিউজলেটার, ডিভিডি এবং ভিডিও, ওয়েবসাইট, সোশ্যাল মিডিয়া ও ব্লগে (সম্মিলিতভাবে, "মিডিয়া")। আমি এতদ্বারা অনুমোদিত পক্ষগুলিকে ক্ষতিপূরণ ছাড়াই এবং আরও অনুমোদন ছাড়াই DYCD-অর্থায়নকৃত প্রোগ্রাম কার্যক্রম এবং বিশেষ অনুষ্ঠানের সময় আমার এবং আমার সন্তানের ছবি নাম, উপমা এবং আমার ও আমার সন্তানের কণ্ঠস্বরের ছবি তোলা এবং/অথবা রেকর্ড করার অনুমতি দিচ্ছি এবং আমি এতদ্বারা কোন এবং সমস্ত মিডিয়াতে শুধুমাত্র অলাভজনক, অ-বাণিজ্যিক উদ্দেশ্যে ক্ষতিপূরণ ছাড়াই এবং অনুমোদিত পক্ষগুলির দ্বারা আরও অনুমোদন ছাড়াই ফলস্বরূপ ছবি, ভিডিও এবং সাক্ষাৎকার ব্যবহার করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

হ্যাঁ

না

যদি DYCD-অর্থায়নকৃত প্রোগ্রাম কার্যক্রম এবং বিশেষ ইভেন্টগুলিতে অংশগ্রহণের সময়, শিল্প, সঙ্গীত, কোরিওগ্রাফি, কবিতা, বা গদ্যের মতো কোনো মৌলিক কাজ (সম্মিলিতভাবে, "মূল কাজ") আমি বা আমার সন্তান দ্বারা তৈরি করা হয়, আমি এতদ্বারা সম্মতি দিচ্ছি যে কোন অনুমোদন ছাড়াই যেকোন এবং সমস্ত মিডিয়াতে শুধুমাত্র অলাভজনক, অ-বাণিজ্যিক উদ্দেশ্যে, ক্ষতিপূরণ ছাড়া অনুমোদিত পক্ষগুলি এই কাজগুলো ব্যবহার করতে পারবে।

হ্যাঁ

না

আবেদনকারীর পুরো নাম: \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবকের ছাপা নাম: \_\_\_\_\_

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

তারিখ: \_\_\_\_\_

**পিতা-মাতা/অভিভাবকের প্রিন্ট নাম: রেফারেল করতে এবং তথ্য শেয়ার করতে সম্মতি**

নিউ ইয়র্ক সিটি যুব ও কমিউনিটি উন্নয়ন বিভাগ (DYCD) আমাদের কমিউনিটি এবং এখানে বসবাসকারী লোকদের সাহায্য করার জন্য প্রোগ্রাম এবং পরিষেবাগুলিতে বিনিয়োগ করে। আমরা নিশ্চিত করতে চাই যে আপনি তাদের সম্পর্কে জানেন এবং আপনার জন্য আবেদন করা সহজ হয়।  
কেন আমাদের আপনার অনুমতি প্রয়োজন:

**এটি দিয়ে, আমরা যা করতে পারি:**

- DYCD-অর্থায়িত প্রোগ্রাম এবং পরিষেবাগুলির জন্য আবেদন সম্পর্কিত তথ্য পাঠাতে পারি, এবং
- প্রতিবার আপনার আবেদন করার সময় আপনার DYCD অংশগ্রহণকারী অ্যাপ্লিকেশন থেকে তথ্য শেয়ার করতে পারি।

**আমরা যা শেয়ার করি:** আমরা শুধুমাত্র আপনাকে যোগ্য দেখানোর জন্য বা DYCD-অর্থায়নকৃত প্রোগ্রামগুলিতে নথিভুক্ত করতে সাহায্য করার জন্য তথ্য দিব।

**আপনার তথ্য কে দেখে এবং আমরা কিভাবে তা রক্ষা করি**  
শুধুমাত্র অনুমোদিত DYCD এবং তহবিলপ্রাপ্ত প্রোগ্রামের কর্মীরা এটি দেখতে পারেন। আমরা এদের ছাড়া অন্যদের সাথে শেয়ার করি না যদি না:

- আমরা আপনাকে পরিষেবার জন্য যোগ্য বলে নির্ধারণ করি
- প্রোগ্রাম এবং পরিষেবাগুলিতে আপনাকে নথিভুক্ত করি এবং
- আপনি প্রাপ্ত পরিষেবার ফলাফল ট্র্যাক করি

**অনুগ্রহ করে नीচে পড়ুন, একটি বাক্সে টিক দিন এবং বাকিটি পূরণ করুন।**

আমি বুঝি কেন DYCD এর জন্য আমার সম্মতি প্রয়োজন:

- আমি যে প্রোগ্রাম এবং পরিষেবাগুলির জন্য আবেদন করতে পারি সে সম্পর্কে আমাকে তথ্য পাঠান,
- আমাকে DYCD-তহবিলযুক্ত প্রোগ্রামগুলিতে রেফারেল করুন এবং/অথবা আমি যে প্রোগ্রামগুলির জন্য আবেদন করি তার সাথে আমার DYCD অংশগ্রহণকারী অ্যাপ্লিকেশন থেকে তথ্য শেয়ার করুন

হ্যাঁ, আমি অনুমতি দিচ্ছি

না, আমি অনুমতি দিচ্ছি না

আবেদনকারীর পুরো নাম: \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবকের ছাপা নাম: \_\_\_\_\_

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

তারিখ: \_\_\_\_\_

**শিক্ষার্থীর তথ্য সংগ্রহ এবং শেয়ার করার জন্য পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি**

যুব ও কমিউনিটি উন্নয়ন বিভাগ (DYCD) আপনার সন্তানকে তার পূর্ণ সম্ভাবনায় পৌঁছাতে সহায়তা করার জন্য তার মিশনের অংশ হিসেবে এই প্রোগ্রামের জন্য অর্থায়ন করে। আমাদের অনেক প্রোগ্রাম কমিউনিটি-ভিত্তিক সংস্থা দ্বারা পরিচালিত হয়। আপনি এবং আপনার সন্তানরা যে পরিষেবাগুলি পান সেসব যাতে সর্বোচ্চ মানের হয় তা আমরা নিশ্চিত করতে কাজ করি। DYCD আমাদের সংগ্রহ করার অনুমতি দেওয়ার জন্য আপনার অনুমতির অনুরোধ করছে আপনার সন্তান, তার অংশগ্রহণ এবং প্রদত্ত পরিষেবার গুণমানের বিষয়ে আমাদের প্রয়োজনীয় তথ্য।

**DYCD আপনার সন্তানের স্টুডেন্ট রেকর্ড থেকে কী তথ্য অনুরোধ করছে?**

আমরা NYC শিক্ষা বিভাগ (DOE) এর কাছে আপনার সন্তানের ছাত্র রেকর্ড থেকে ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তযোগ্য তথ্য DYCD-এর সাথে শেয়ার করার জন্য আপনার অনুমতির অনুরোধ করছি। আমরা যে তথ্য সংগ্রহ করতে চাই তাতে জীবনী সংক্রান্ত এবং তালিকাভুক্তির তথ্য রয়েছে (বিশেষত আপনার সন্তানের নাম, ঠিকানা, জন্ম তারিখ, ছাত্র শনাক্তকরণ নম্বর, গ্রেড, স্কুলে যোগদান করা এবং স্থানান্তর, ছেড়ে দেওয়া, এবং আপনার সন্তানের মাতক সংক্রান্ত তথ্য); আপনার সন্তানের স্কুলে উপস্থিতি সম্পর্কিত ডেটা (উপস্থিত থাকা এবং অনুপস্থিত থাকা দিনের সংখ্যা সহ); এবং একাডেমিক পারফরম্যান্স ডেটা (স্টেট ও জাতীয় পরীক্ষায় আপনার সন্তানের ফলাফল, অর্জিত ক্রেডিট, গ্রেড, পদোন্নতি এবং ধরে রাখার অবস্থা ও ফিটনেস গ্রাম স্কোর সহ); এবং আপনার সন্তানের বিরুদ্ধে গৃহীত যেকোনো শাস্তিমূলক পদক্ষেপের সাথে সম্পর্কিত ডেটা (সংখ্যা এবং সাপেনশনের ধরন সহ)।

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

এছাড়াও আমরা আপনার এবং/অথবা আপনার সন্তানের কাছ থেকে DOE কর্মীদের সাথে তালিকাভুক্তি ফর্মে যে তথ্য সংগ্রহ করি তা শেয়ার করতে DYCD-এর জন্য আপনার অনুমতির অনুরোধ করছি। তথ্যের মধ্যে নিবন্ধন তথ্য, শিক্ষার্থীদের আগ্রহ ও চ্যালেঞ্জ, নথিভুক্ত প্রোগ্রামের ধরন এবং অংশগ্রহণের ফ্রিকোয়েন্সি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আপনার এবং আপনার সন্তানের চাহিদা মেটাতে স্কুল এবং কমিউনিটি সংস্থাকে একসাথে কাজ করতে এই তথ্য ব্যবহার করা হবে।

**নিম্নলিখিত প্রতিটি বিবৃতিতে হ্যাঁ বা না চেক করুন:**

আমি বুঝি কেন DYCD আমার সন্তানের ছাত্র রেকর্ড থেকে উপরে তালিকাভুক্ত তথ্য অ্যাক্সেস করার জন্য আমার অনুমতি চাইছে, এবং আমি DOE কে সেই তথ্যটি DYCD এর সাথে একটি চলমান ভিত্তিতে শেয়ার করার অনুমতি দিই।

হ্যাঁ, আমি অনুমতি দিচ্ছি

না, আমি অনুমতি দিচ্ছি না

আমি বুঝি কেন DYCD আমার কাছে DYCD দ্বারা সংগৃহীত আমার সন্তানের তথ্য DOE কর্মীদের সাথে শেয়ার করার অনুমতি চাইছে এবং আমি DYCD-কে DOE-এর সাথে তথ্য শেয়ার করার জন্য আমার অনুমতি দিই।

হ্যাঁ, আমি অনুমতি দিচ্ছি

না, আমি অনুমতি দিচ্ছি না

আবেদনকারীর পুরো নাম: \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবকের ছাপা নাম: \_\_\_\_\_

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

তারিখ: \_\_\_\_\_

**অংশগ্রহণের সম্মতি**

আমার জানামতে প্রবেশকৃত তথ্যগুলো সত্য। আমি এর যাচাইকরণের সাথে সম্মতি প্রকাশ করি এবং বুঝতে পারি যে মিথ্যা প্রমাণিত হলে তা পরিষেবা সমাপ্তির কারণ হতে পারে। নিউ ইয়র্ক শহরের পরিষেবাগুলি উন্নত করতে এবং সেই পরিষেবাগুলি অ্যাক্সেস করতে ও অতিরিক্ত তহবিল অ্যাক্সেস করতে তথ্য ব্যবহার করা যেতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকের প্রিন্ট: \_\_\_\_\_ পিতা-মাতা/অভিভাবক এর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবক এর ফোন: \_\_\_\_\_ পিতা-মাতা/অভিভাবক এর ই-মেইল: \_\_\_\_\_