

নিউ ইয়র্ক স্টেট আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম
(New York State Early Intervention Program)
Telehealth ব্যবহারের সম্মতি (Consent for the Use of Telehealth)



Department of Health
Bureau of Early Intervention

শিশুর নাম _____

আর্লি ইন্টারভেনশন নম্বর _____ জন্ম তারিখ _____ / _____ / _____

ঠিকানা _____ অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর _____

সিটি/টাউন _____ স্টেট _____ নিউ ইয়র্ক জিপ/পিন কোড _____

পৌরসভা _____

Telehealth ব্যবহার করে যেসকল পরিষেবা প্রদান করা হবে _____

পরিষেবা অনুমোদনের নম্বর _____

থেরাপিস্ট/শিক্ষকের নাম _____ ফোন নম্বর _____

পরিষেবা প্রদানকারী সংস্থা _____ ফোন নম্বর _____

পরিষেবা সমন্বয়কারী _____ ফোন নম্বর _____

পরিষেবা সমন্বয়কারী সংস্থা _____ ফোন নম্বর _____

নির্দেশাবলী: এই সম্মতি ফর্মটি, আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রদানের পদ্ধতি হিসাবে Telehealth ব্যবহার করার জন্য, Telehealth পরিষেবাগুলি শুরু করার আগে মূল্যায়ন পরিষেবা সহ শিশুর জন্য অনুমোদিত প্রতিটি পরিষেবার জন্য অবশ্যই পূরণ করতে হবে। Telehealth হল একটি আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রদানের পদ্ধতি যা স্পষ্ট সম্মতি দেওয়া অংশগ্রহণকারী পরিবারগুলির জন্য উপলব্ধ।

Telehealth ব্যবহারের জন্য এই সম্মতি ফর্মটি ইমেইলের মাধ্যমে ফেরত দেওয়া যেতে পারে যখন পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবকও ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তকরণযোগ্য তথ্য ফর্ম বিনিময় করার জন্য ই-মেইল ব্যবহার করার জন্য অভিভাবকদের সম্মতি স্বাক্ষর করে ফেরত দেন (Parental Consent to Use Email to Exchange Personally Identifiable Information Form), এটি এখানে উপলব্ধ আছে: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

Telehealth ব্যবহারের জন্য সম্মতি ফর্মটি অবশ্যই শিশুর নথিগুলির মধ্যে রাখতে হবে। প্রতিটি আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবার জন্য একটি পৃথক সম্মতি ফর্ম আবশ্যিক।

আমি, (পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবকের পুরো নাম) _____, আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবা প্রদানের

পদ্ধতি হিসাবে Telehealth ব্যবহার করে আমার সন্তানের (পরিষেবার ধরন লিখুন) _____
পরিষেবা প্রদান করার সম্মতি দিচ্ছি। আমি বুঝি যে আমার সন্তান যে Telehealth পরিষেবাগুলি পাবে সেগুলি আমার সন্তানের ব্যক্তিগত পরিবার পরিষেবা প্ল্যান (Individualized Family Service Plan, IFSP)-এর পরিষেবার আদেশ পূরণ করবে এবং সেগুলি আমার সন্তানের গ্রহণ করার জন্য অনুমোদিত গৃহ/কমিউনিটি-ভিত্তিক পরিষেবাগুলি ছাড়াও প্রদান করা হচ্ছে না।

আমি বুঝি যে Telehealth-এর অর্থ হল আর্লি ইন্টারভেনশন পরিষেবাগুলি একই সময়ে **অডিও এবং ভিডিও** ব্যবহার করে সেশনের সময়কালের জন্য প্রদান করা হবে।

আমি বুঝি যে আমি আমার সন্তানের পরিষেবা সমন্বয়কারীর অনুরোধের ভিত্তিতে সেশন নোট এবং প্রগ্রেস নোটের আকারে প্রদানকারীর সেশনের ফলে সমস্ত আর্লি ইন্টারভেনশনের তথ্য অ্যাক্সেস করার অধিকারী।

আমি "আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামে আপনার পারিবারিক অধিকার (Your Family Rights in the Early Intervention Program)" এর একটি অনুলিপি পেয়েছি।

আমি বুঝি যে, যে কোন কারণে, যে কোন সময়, লিখিতভাবে এই সম্মতি প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। যদি আমি লিখিতভাবে সম্মতিটি প্রত্যাহার করি, আমার সন্তানের পরিষেবা সমন্বয়কারী আমার নোটিশ প্রাপ্তির 7 দিনের মধ্যে উপরে তালিকাভুক্ত পরিষেবার জন্য নতুন Telehealth সেশন নির্ধারণ করা থেকে বিরত থাকবেন বলে আশা করা হবে।

পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবকের নাম (বড় হরফে লিখুন) _____

পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: যদি পূরণযোগ্য Telehealth সম্মতি ফর্মে (Telehealth Consent Form) Telehealth-এ অংশগ্রহণের জন্য সম্মতির জন্য পিতা-মাতা/অভিভাবকের ইলেকট্রনিক স্বাক্ষর থাকে, তাহলে সেই স্বাক্ষরটিতে অবশ্যই একটি ইলেকট্রনিক স্বাক্ষর বৈধতা চিহ্নিতকারী (Adobe Acrobat, DocuSign, ইত্যাদির মতো অ্যাপ্লিকেশনের মাধ্যমে উপলব্ধ) অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে যাতে ফর্মের উপর স্বাক্ষরের তারিখ এবং সময় অন্তর্ভুক্ত থাকে। যদি সেই সুরক্ষা উপলব্ধ না থাকে, তাহলে Telehealth সম্মতি ফর্মটি অবশ্যই প্রিন্ট করতে হবে যাতে পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবক কাগজের অনুলিপিতে সম্মতির জন্য স্বাক্ষর করতে পারেন।