

Child's Name: (Last, First, Middle)	Case Number:	Date of Birth:
Agency: State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237	Client ID Number:	Disability ID Number:
	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	Worker Name:	
	Phone Number: 1-866-330-0591	Date:

উপরোক্ত বাস্কার পক্ষ থেকে প্রতিবন্ধকতা অবস্থার ভিত্তিতে সুবিধার জন্য আবেদন সম্পূর্ণ করা হয়েছে। আপনি নিচে যে তথ্য প্রদান করবেন তা প্রতিবন্ধকতার ভিত্তিতে বাস্কা Medicaid পাবে করবে কিনা তার সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করবে। যে বিষয়ের জন্য আপনার কাছে তথ্য নেই বা বাস্কার বয়সের কারণে আপনি আবেদন করবেন না সে বিষয়গুলি ফাঁকা রেখে দিন। আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ।

আপনি কি বাস্কার চলাফেরা বা হাঁটার ক্ষমতায় কোনও সমস্যা লক্ষ্য করেছেন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:
অন্যান্য লোকদের সঙ্গে বাস্কাটি কি ধরনের আচরণ করে সে ব্যাপারে আপনি কি কোনও সমস্যা লক্ষ্য করেছেন (আপনি, পরিবারের সদস্য, আত্মীয়, অপরিচিত ব্যক্তি সহ)? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:

আপনি কি কথা বলার কোনও সমস্যা লক্ষ্য করেছেন? না হ্যাঁ

যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:

আপনি কি স্বপরিচর্যা ক্রিয়াকলাপে কোনও সমস্যা লক্ষ্য করেছেন যেমন শৌচালয়ে যাওয়া, হাত ধোয়া, খাবার খাওয়া, পোশাক পরা ইত্যাদি? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন:

শিশুটি কীভাবে নিজের বা অন্যের সাথে খেলা করছে সে বিষয়ে কোন সমস্যা দেখেছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন:

আপনি কি কোনও আচরণগত সমস্যা লক্ষ্য করেছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন:

যদি বাচ্চাটি স্কুলে যায় তাহলে নিম্নলিখিতটি সম্পূর্ণ করুন।

স্কুলের নাম:	
শিক্ষকের নাম:	শ্রেণী:
এটি কি কোনও প্রকারের বিশেষ শিক্ষা প্রকল্প? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন:	
বাচ্চার কি স্কুলের ক্ষেত্রে কোনও বিশেষ বা অতিরিক্ত সাহায্যের প্রয়োজন হয়? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন:	
আপনার বাচ্চার স্কুলে উপস্থিতি সম্পর্কিত কোনও সমস্যা বা কৃত কাজ যেমন স্কুল থেকে পালনো, অসুস্থতার কারণে অনুপস্থিতির দিন, মারপিট, শ্রেণিতে উত্তীর্ণ না হওয়া বা শৃঙ্খলামূলক সমস্যার ব্যাপারে কি আপনি জানেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন:	
স্কুলে কর্ম সম্পাদন সম্পর্কিত অন্য কোনও মন্তব্য বা তথ্য থাকলে অনুগ্রহ করে যোগ করুন:	

আপনার নাম:
শিশুটির সাথে সম্পর্ক:
টেলিফোন নম্বর: