

পিতা/মাতার নাম: _____

ই-মেইল ঠিকানা: _____

সন্তানের নাম: _____

জন্ম তারিখ (mm/dd/yyyy): _____

আপনার অনুরোধে, আপনি এনক্রিপশন ব্যবহার না করেই আপনার সন্তানের প্রাথমিক হস্তক্ষেপ চিকিৎসা সম্পর্কিত ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য ই-মেইলের মাধ্যমে প্রেরণ করা বেছে নিয়েছেন। ই-মেইলের মাধ্যমে ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য পাঠানোর ক্ষেত্রে অনেক ঝুঁকি রয়েছে যে বিষয়ে অনুমতি দেওয়ার আগে আপনার সচেতন হওয়া উচিত। এই ঝুঁকিগুলির মধ্যে নিম্নলিখিতগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, তবে সেগুলি পর্যাপ্তই সীমাবদ্ধ নয়:

- ই-মেইল পিতা/মাতার পূর্বজ্ঞান ছাড়া ফরওয়ার্ড করা যেতে পারে এবং ইলেকট্রনিক এবং কাগজের ফরম্যাটে সহজেই সংরক্ষণ করা যেতে পারে।
- ই-মেইল প্রেরকরা একটি ই-মেইল ভুল ঠিকানায় পাঠাতে পারেন এবং ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য ভুল করে বেঠিক প্রাপকদের কাছে চলে যেতে পারে।
- এনক্রিপশন ছাড়া ইন্টারনেটের মাধ্যমে পাঠানো ই-মেইল নিরাপদ নয় এবং অজানা তৃতীয় পক্ষ দ্বারা হস্তক্ষেপ হতে পারে।
- প্রেরক বা প্রাপকের অজান্তেই ই-মেইলের বিষয়বস্তু পরিবর্তন করা যেতে পারে।
- প্রেরক এবং প্রাপক বার্তাগুলি মুছে ফেলার পরেও ই-মেইলের ব্যাকআপ কপিগুলি থাকতে পারে।
- নিয়োগকর্তা এবং অনলাইন পরিষেবা প্রদানকারীদের তাদের সিস্টেমের মাধ্যমে পাঠানো ই-মেইল যাচাই করার অধিকার রয়েছে।
- ই-মেইলের মধ্যে ক্ষতিকারক ভাইরাস ও অন্যান্য প্রোগ্রাম থাকতে পারে।

পিতা/মাতার স্বীকৃতি এবং সম্মতি

আমি স্বীকার করি যে আমি উপরের আইটেমগুলি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি যা ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য সংক্রান্ত যোগাযোগের জন্য ই-মেইল ব্যবহার করার অন্তর্নিহিত ঝুঁকিগুলির বিষয়ে বর্ণনা করে। তথাপি, আমি, _____, _____-কে অনুমোদিত করছি যার ই-মেইল ঠিকানা হল _____, যাতে সে আমার ই-মেইল ঠিকানা, _____-এ আমার সাথে আমার সন্তান, _____-এর প্রাথমিক হস্তক্ষেপ প্রোগ্রাম (Early Intervention Program, EIP)-এ অংশগ্রহণের বিষয়ে যোগাযোগ করে, যার মধ্যে পরিষেবা প্রদান, EIP-তে তাদের অগ্রগতি এবং অন্যান্য সম্পর্কিত বিষয়ে যোগাযোগ शामिल রয়েছে, কিন্তু সেগুলি পর্যন্তই সীমাবদ্ধ নয়। আমি বুঝি যে এনক্রিপশন ছাড়া ই-মেইলের ব্যবহার উপরে উল্লিখিত ঝুঁকিগুলিকে বোঝায় এবং এর ফলে এই ধরনের তথ্য অনিচ্ছাকৃতভাবে প্রকাশিত হতে পারে।

(ঐচ্ছিক) এছাড়াও, আমি আমার সন্তানের চিকিৎসা দলের সদস্যদেরকে এনক্রিপশন ছাড়া ই-মেইল ব্যবহার করে একে অপরের সাথে আমার সন্তানের সম্পর্কে ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য বিনিময় করার অনুমতি দিচ্ছি। প্রাথমিক হস্তক্ষেপ দলের সদস্য যাদেরকে আমি আমার সন্তান সম্পর্কে একে অপরের সাথে যোগাযোগ করার জন্য এনক্রিপশন ছাড়া ই-মেইল ব্যবহার করার অনুমতি দিচ্ছি তাদের মধ্যে शामिल রয়েছে:

1. _____ যার ই-মেইল ঠিকানা হচ্ছে _____
2. _____ যার ই-মেইল ঠিকানা হচ্ছে _____
3. _____ যার ই-মেইল ঠিকানা হচ্ছে _____
4. _____ যার ই-মেইল ঠিকানা হচ্ছে _____
5. _____ যার ই-মেইল ঠিকানা হচ্ছে _____

পিতা/মাতার স্বাক্ষর: _____ তারিখ (mm/dd/yyyy): _____

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য ফর্ম বিনিময়ের জন্য ই-মেইল ব্যবহার করার জন্য পূরণযোগ্য পিতামাতার সম্মতিতে যদি ই-মেইলের মাধ্যমে তাদের সন্তানের প্রাথমিক হস্তক্ষেপের চিকিৎসা সম্পর্কিত ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য সংক্রান্ত যোগাযোগের অনুমতি দেওয়ার ক্ষেত্রে সম্মতির জন্য পিতা/মাতা/আইনী অভিভাবকের ইলেকট্রনিক স্বাক্ষর शामिल থাকে, তাহলে সেই স্বাক্ষরটিতে অবশ্যই একটি বৈদ্যুতিন স্বাক্ষর বৈধতা চিহ্নিতকারী शामिल থাকতে হবে (Adobe Acrobat, DocuSign, ইত্যাদি অ্যাপ্লিকেশনের মাধ্যমে উপলব্ধ) যেখানে ফর্মটিতে স্বাক্ষরের তারিখ ও সময় शामिल থাকবে। যদি সেই সুরক্ষা উপলব্ধ না থাকে, তাহলে ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তমূলক তথ্য বিনিময়ের ক্ষেত্রে ই-মেইল ব্যবহার করার জন্য পিতা/মাতার সম্মতিটি অবশ্যই প্রিন্ট করতে হবে যাতে পিতা/মাতা/আইনী অভিভাবক কাগজের কপির মধ্যে সম্মতির জন্য স্বাক্ষর করতে পারেন।