



প্রিয় নতুন মা/পিতামাতা (জন্ম দেওয়া ব্যক্তি),

নিউ ইয়র্ক সিটি স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি দপ্তর (NYC স্বাস্থ্য দপ্তর) আপনার সন্তানের বার্থ সার্টিফিকেট জারি করেছে। একটি বার্থ সার্টিফিকেট হল আপনার শিশুর জন্মের স্থায়ী আইনী রেকর্ড এবং এটি আপনার সন্তানের বয়স, নাগরিকত্ব এবং পিতামাতার প্রমাণ হিসাবে ব্যবহৃত হয়। আপনার প্রদত্ত তথ্য আইন দ্বারা অবশ্যক। আপনি এই ফর্মটি সঠিকভাবে পূরণ না করলে, আমরা আপনার শিশুর জন্য সঠিক বার্থ সার্টিফিকেট তৈরি করতে পারব না।

আপনার শিক্ষা, জাতি, ধূমপান, গর্ভধারণের আগে উচ্চতা এবং ওজন সম্পর্কে তথ্য পাবলিক হেলথের উদ্দেশ্যে সংগ্রহ করা হয়েছে। নিউ ইয়র্ক স্বাস্থ্য দপ্তর দ্বারা নিউ ইয়র্কবাসীদের প্রাপ্ত জন্মপূর্ব পরিচর্যার গুণমান সম্পর্কে আরো জানার জন্য “Q1” (গুণমান উন্নয়ন) লেবেল করা প্রশ্নের জন্য অনুরোধ করা হয়েছে। NYC এবং NYS আইন আপনার এবং আপনার শিশুর গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে বার্থ সার্টিফিকেট তথ্য অবৈধভাবে প্রকাশের বিরুদ্ধে সুরক্ষা দিয়েছে।

- এটা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি এই ওয়ার্কশীটের প্রশ্নের সম্পূর্ণ এবং নির্ভুল তথ্য সরবরাহ করেন। অনুগ্রহ করে সমস্ত তথ্য স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করুন।
- ওয়ার্কশিটটি **অবশ্যই** ইংরেজিতে সম্পূর্ণ করতে হবে। আপনি যদি নিজে থেকে এটি ইংরেজিতে সম্পূর্ণ করতে না পারেন, বা আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে হাসপাতালের জন্ম রেজিস্ট্রারকে কল করুন এখানে _____।
- সম্পূর্ণ ওয়ার্কশিটটি **অবশ্যই** আপনার শিশুর জন্মের 24 ঘন্টার মধ্যেই সম্পূর্ণ করতে হবে জন্ম রেজিস্ট্রারকে ফিরিয়ে দিতে হবে।

সুবিধার জন্য জন্ম নিবন্ধন ট্র্যাকিং উদ্দেশ্যে

মা/পিতামাতার ওয়ার্কশিট - নিউবর্নের বার্থ সার্টিফিকেট নিবন্ধনের জন্য তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে

মা/পিতামাতার মেডিকেল
রেকর্ড নম্বর:

মা/পিতামাতার নাম:

শিশুর মেডিকেল রেকর্ড
নম্বর:

শিশুর জন্ম তারিখ:

এই গর্ভাবস্থা ডেলিভারের সংখ্যা:

যদি একের বেশি শিশুর জন্ম হয়, সেই শিশুর জন্ম ক্রম:

অনুগ্রহ করে আপনি বার্থ সার্টিফিকেট যেমন দেখতে চান ঠিক তেমন নাম প্রিন্ট করুন।
ভবিষ্যতে এই তথ্য পরিবর্তন করতে, আপনাকে স্বাস্থ্য বিভাগে একটি সংশোধন আবেদন জমা দিতে হবে।

শিশু

যদি একটির বেশি শিশুর প্রসব হয়, তাহলে সেই শিশুর জন্ম ক্রম: _____

1. আপনার শিশুর আইনী নাম কী হবে?	শিশুর প্রথম নাম	শিশুর মধ্যাংশ নাম (গুলি)	শিশুর পদবী নাম	প্রত্যয় (Jr., III, ইত্যাদি)
2. আপনি আপনার শিশুর জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN) এবং কার্ড চাইছেন?				<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
যতক্ষণ আপনি উপরে আপনার নিউবর্ন শিশুর আইনী প্রথম এবং পদবী প্রদান করেছেন, আপনি আপনার শিশুর জন্য SSN অনুরোধ করতে পারেন। স্বাস্থ্য বিভাগ শংসাপত্র দায়ের করার সময় সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রশাসনের কাছে অনুরোধটি পাঠাবে। আপনি যদি এখনই এটি অনুরোধ না করেন, তাহলে আপনার শিশুর SSN পাওয়ার জন্য আপনাকে সরাসরি সোশ্যাল সিকিউরিটির সাথে যোগাযোগ করতে হবে। হাসপাতাল, জন্ম সুবিধা এবং স্বাস্থ্য বিভাগ আপনার পক্ষ থেকে অনুরোধ করার জন্য দায়বদ্ধ থাকবে না।				যদি হ্যাঁ হয়, এই কার্ডটি সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রশাসন কর্তৃক মা/পিতামাতার ডাক ঠিকানায় পাঠান হবে।

মা/পিতামাতা (জন্ম দেওয়া ব্যক্তি)

3. আপনার বর্তমান আইনী নাম কী?	মা/পিতামাতার প্রথম নাম	মা/পিতামাতার নামের মধ্যাংশ	মা/পিতামাতার আইনী পদবী	প্রত্যয়
4. আপনার আসল পদবী কী? প্রথম বিয়ের আগের নাম।	<input type="checkbox"/> আমার আসল পদবী হল আমার বর্তমান আইনী নাম।			
	মা/পিতামাতার প্রথম নাম	মা/পিতামাতার নামের মধ্যাংশ	মা/পিতামাতার আইনী পদবী	প্রত্যয়
5-7. আপনার জন্ম তারিখ, বর্তমান বয়স এবং লিঙ্গ কী? "X" এর অর্থ এমন লিঙ্গ যা কেবলমাত্র পুরুষ বা মহিলা নয় (এটি, একটি নন-বাইনারি লিঙ্গ পরিচয়)	মা/পিতামাতার জন্ম তারিখ	বর্তমান বয়স	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> X
	____/____/____ মাস দিন বছর	____		
8. আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর কী? ফেডারেল আইন, 42 USC 405(c) (সামাজিক সুরক্ষা আইনের ধারা 205c) অনুসারে পিতামাতার SSN গুলি দেওয়া প্রয়োজন। নম্বরগুলি শিশু সমর্থন প্রয়োগকারী ক্রিয়াকলাপে সহায়তা করার জন্য NYS অস্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহায়তা অফিস এবং অর্জিত আয়কর ক্রেডিট প্রতিপালন নির্ধারণের উদ্দেশ্যে সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রশাসনের মাধ্যমে অভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা (Internal Revenue Service, IRS) এর নিকট সরবরাহ করা হবে।	মা/পিতামাতার SSN	<input type="checkbox"/> আমার SSN নেই	প্রযোজ্য হলে পিতা/পিতামাতার তথ্য বিভাগে পিতা/পিতামাতার SSN এর অনুরোধ করা হবে।	
	____-____-____			
	নীচে আপনার স্বাক্ষরটি নির্দেশ করে যে এই ফর্মটিতে SSN সম্পর্কিত তথ্য সঠিক।			তারিখ
	মা/পিতামাতার স্বাক্ষর	____/____/____ মাস দিন বছর		

মা/পিতামাতার জন্মস্থান

9. আপনার জন্ম কোথায়?	শহর	স্টেট (যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে না হয়, অনুগ্রহ করে দেশ নির্দেশ করুন)	দেশ
10. আপনার জন্ম যদি আমেরিকার বাইরে হয়, তাহলে আপনি কত দিন ধরে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বাস করেছেন?	U.S. এ বসবাস করা বছর	অথবা এক বছরেরও কম হলে:	U.S. এ বসবাস করা মাস
	____	____	____

মা/পিতামাতার ঠিকানা

11. আপনি সাধারণত কোথায় থাকেন? আপনার পরিবার বাস্তু কোথায় রয়েছে? যদি U.S. না হয়, অনুগ্রহ করে ঠিকানা, শহর এবং দেশ নির্দেশ করুন।	আপনার বাড়ির ঠিকানা (কোলও PO বক্স প্রবেশ করবেন না বা কেয়ার অফ দেবেন না (c/o))	অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	যদি NYC, কাউন্টি (বরো): <input type="checkbox"/> New York (Manhattan) <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings (Brooklyn) <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond (Staten Island)
	শহর	স্টেট	জিপ কোড
	শহর	স্টেট	জিপ কোড
12. আপনার ডাক ঠিকানা কী? এখানেই বার্থ সার্টিফিকেট ডাক ঠিকানায় পাঠানো হবে। বার্থ সার্টিফিকেটের প্রথম অনুলিপি বিনামূল্যে।	<input type="checkbox"/> উপরে আমার সাধারণ বাসস্থান অনুযায়ী একই		
	<input type="checkbox"/> কোলও ডাক ঠিকানা নেই (যদি কোলও ডাক ঠিকানা না থাকে তাহলে শংসাপত্র ডাক ঠিকানায় পাঠানো হবে না; আপনাকে এটি স্বাস্থ্য বিভাগ থেকে নিতে হবে।)		
	যদি ডাক ঠিকানা কেয়ার অফ হয় (c/o), অনুগ্রহ করে এখানে নির্দেশ করুন:		
	কেয়ার অফ (অন্য ব্যক্তি বা সংগঠন/সংস্থা)		
	রাস্তার ঠিকানা (NYC ডাক ঠিকানায় PO বক্সের অনুমতি নেই)		অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর
	শহর	স্টেট	জিপ কোড
	শহর	স্টেট	জিপ কোড
13. আপনার টেলিফোন নম্বর কী?	দিন	সন্ধ্যা	
	(____) _____ - _____	_____	(____) _____ - _____
	সম্প্রসার		

মা/পিতামাতার বৈশিষ্ট্য

14. শিক্ষা: স্কুলে সর্বোচ্চ ডিগ্রি কী যা আপনি আপনার শিশুর প্রসবের সময় সম্পূর্ণ করেছেন? শুধুমাত্র একটি বাক্সে টিক (X) দিন।	<input type="checkbox"/> 8 শ্রেণি বা তার থেকে কম; কিছই না <input type="checkbox"/> 9-12 শ্রেণি, কোনও ডিপ্লোমা নেই <input type="checkbox"/> হাই স্কুল স্নাতক বা GED <input type="checkbox"/> কিছু কলেজ ক্রেডিট, কিন্তু ডিগ্রি নেই	<input type="checkbox"/> সহযোগী ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, AA, AS) <input type="checkbox"/> স্নাতক ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> স্নাতকোত্তর ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, MA, MS, MEd, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> ডক্টরেট (উদাহরণস্বরূপ, PhD, EdD) বা পেশাগত ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, MD, DDS, DVM, LLB, JD)
15. আপনি গর্ভাবস্থায় নিযুক্ত ছিলেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
16. আপনার বর্তমান/সাম্প্রতিক পেশা/কাজ কী?	পেশা (উদাহরণস্বরূপ, ক্যাশিয়ার, ব্যাংক টেলার, নার্স, অ্যাটর্নি, ইত্যাদি)	
17. কোন শিল্পে আপনি এই পেশা/কাজ সম্পাদন করেছেন? ব্যবসায়ের নাম দেবেন না তবে এটি কী ধরনের ব্যবসায় তা লিখুন।	শিল্প (উদাহরণস্বরূপ, রেন্টেরা, ব্যাংকিং, স্বাস্থ্য সেবা, আইনী ইত্যাদি)	
18. আপনার বংশ কী? একটি বাক্সে টিক (X) দিন এবং আপনি নিজেকে সবচেয়ে বেশি কী বলে মনে করেন তা উল্লেখ করুন।	<input type="checkbox"/> হিস্পানিক/ল্যাটিনো (উদাহরণস্বরূপ, মেস্কিকান, পুয়ের্তো রিকান, কিউবান, ডোমিনিকান ইত্যাদি) নির্দিষ্ট করুন: _____ <input type="checkbox"/> হিস্পানিক/ল্যাটিনো নয় (উদাহরণস্বরূপ, ইতালিয়ান, আফ্রিকান আমেরিকান, হাইতিয়ান, পাকিস্তানি, ইউক্রেনীয়, নাইজেরিয়ান, তাইওয়ানিজ ইত্যাদি) নির্দিষ্ট করুন: _____	
19. আপনার জাতি কী? জাতি আমেরিকা সেনসাস দ্বারা ব্যাখ্যা করা হয়েছে। হিস্পানিক/ল্যাটিনো আমেরিকা সেনসাস অনুসারে কোন জাতি নয়। হিস্পানিক বংশের জন্য, অনুগ্রহ করে প্রশ্ন 18 ব্যবহার করুন। প্রযোজ্য সমস্ত টিক (X) দিন এবং যেখানে নির্দেশিত তা উল্লেখ করুন।	<input type="checkbox"/> শ্বেতঙ্গ <input type="checkbox"/> কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান <input type="checkbox"/> আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কার আদিবাসী (লেখিত/ভুক্তকারী বা প্রধান উপজাতির নাম) <input type="checkbox"/> এশিয়ান ইন্ডিয়ান <input type="checkbox"/> চীনা <input type="checkbox"/> ফিলিপিনো <input type="checkbox"/> জাপানি <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামী <input type="checkbox"/> অন্যান্য এশিয়ান (নির্দিষ্ট করুন) _____ <input type="checkbox"/> আদিবাসী হাওয়াইয়ান <input type="checkbox"/> গুয়ামানিয়ান বা চমোরো <input type="checkbox"/> সামোয়ান <input type="checkbox"/> অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী (নির্দিষ্ট করুন) _____ <input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) _____	

মা/পিতামাতার স্বাস্থ্য

20. আপনি গর্ভাবস্থায় WIC-তে অংশ নিয়েছিলেন? (মহিলা, ছোট শিশু এবং শিশুদের জন্য বিশেষ সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন)	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
21. আপনার উচ্চতা কত?	উচ্চতা _____ গর্ভাবস্থার আগে ওজন _____ _____ ফুট _____ ইঞ্চি _____ পাউন্ড
22. আপনার গর্ভাবস্থার আগে ওজন কত ছিল?	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ যদি হ্যাঁ হয়, আপনার নিম্নলিখিত সময়ের মধ্যে প্রতিদিনের কটা সিগারেট বা প্রতিদিন কতগুলো প্যাকেট ধূমপান করেছিলেন? অনুগ্রহ করে নীচে উত্তর দিন। এই সময়ের মধ্যে যদি একটিও না হয় তবে 0 লিখুন। সময় কাল প্রতি দিনের সিগারেটের সংখ্যা বা প্রতি দিনের প্যাকেটের সংখ্যা আপনার গর্ভাবস্থার তিন মাস আগে _____ আপনার গর্ভাবস্থার প্রথম তিন মাস _____ আপনার গর্ভাবস্থার দ্বিতীয় তিন মাস _____ আপনার গর্ভাবস্থার তৃতীয় তিন মাস _____
23. আপনি এই গর্ভাবস্থার তিন মাস আগে বা সময় সিগারেট খেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
24. আপনি এই গর্ভাবস্থায় মদ ব্যবহার করেছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
25a. আপনি এই গর্ভাবস্থায় একজন দৌলা (প্রশিক্ষিত জন্ম সহকারী) এর সাথে কাজ করেছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানি না
25b. দৌলার নাম এবং সংস্থা কী ছিল (যদি প্রযোজ্য হয়)?	নাম (প্রথম, পদবী): _____ সংস্থা: _____ <input type="checkbox"/> জানি না (প্রযোজ্য সমস্ত টিক (X) দিন) <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, দৌলা ব্যক্তিগতভাবে সহায়তা দিয়েছে <input type="checkbox"/> হ্যাঁ, দৌলা ভার্চুয়ালি সমর্থন দিয়েছে (উদাহরণস্বরূপ, ফোনে, Zoom, FaceTime) <input type="checkbox"/> না
25c. আপনার প্রসববেদনা এবং/বা প্রসবের সময় দৌলা উপস্থিত ছিল?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

গুণমান উন্নয়নের (QI) প্রশ্নগুলি 26, 27, 28, 29 এবং 30 স্বেচ্ছাধীন এবং NYS স্বাস্থ্য বিভাগের জন্য জিজ্ঞাসা করা হয়েছে-সমস্ত QI উত্তর গোপনীয় এবং শুধুমাত্র জনস্বাস্থ্যের উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হয়।

26. (QI) প্রসবের জন্য ভর্তি হওয়ার সময় আপনি জন্মপূর্ব পরিচর্যা (এই গর্ভাবস্থার জন্য চিকিৎসা পরিচর্যা) পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> না - প্রশ্ন 27 এ যান। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ - যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে নীচে উত্তর দিন: আপনার জন্মপূর্ব পরিচর্যা ভিজিটের সময়, চিকিৎসক, নার্স বা অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবা কর্মচারী নীচের তালিকাভুক্ত যে কোনও বিষয়ে আপনার সাথে কথা বলেছেন? a) গর্ভাবস্থায় ধূমপান কীভাবে আপনার শিশুকে প্রভাবিত করতে পারে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না b) আপনার গর্ভাবস্থায় মদ পান কীভাবে আপনার শিশুকে প্রভাবিত করতে পারে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না c) অবৈধ ড্রাগের ব্যবহার কীভাবে আপনার শিশুকে প্রভাবিত করতে পারে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না d) অন্য বাচ্চা হওয়ার আগে কতক্ষণ অপেক্ষা করতে হবে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না e) আপনার গর্ভাবস্থার পরে ব্যবহার করতে হবে এমন গর্ভনিরোধক পদ্ধতি? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না f) আপনার প্রসব বেদনা যদি ভাড়াভাড়া শুরু হয় তাহলে কী করবেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না g) HIV (এইডসজনিত ভাইরাস) হওয়া থেকে কীভাবে বিরত থাকবেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না h) তাদের স্বামী বা সঙ্গীর দ্বারা মহিলাদের প্রতি শারীরিক নির্যাতন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
27. (QI) আপনার বর্তমান গর্ভাবস্থায় আপনি প্রতি সপ্তাহে কত বার আপনার স্বাভাবিক ক্রিয়াকলাপ বাদে 30 মিনিট বা তার বেশি সময় ধরে অনুশীলন করেছিলেন?	প্রতি সপ্তাহে _____ বার
28. (QI) গর্ভাবস্থায় আপনার মাড়িতে কোনও সমস্যা হয়েছিল (উদাহরণস্বরূপ, ফোলা ফোলা বা মাড়ি থেকে রক্তপাত)?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
29. (QI) আপনার গর্ভাবস্থায়, আপনি কি বলবেন যে আপনি ছিলেন: শুধুমাত্র একটি বাক্সে টিক (X) দিন।	<input type="checkbox"/> মোটেও হতাশ নয় <input type="checkbox"/> সামান্য হতাশ <input type="checkbox"/> মাঝারিভাবে হতাশ <input type="checkbox"/> খুব হতাশ এবং সাহায্য পাইনি <input type="checkbox"/> খুব হতাশ এবং সাহায্য পেয়েছি
30. (QI) আপনার গর্ভবতী হওয়ার ঠিক আগে চিন্তা করা, আপনি গর্ভবতী হওয়ার সম্পর্কে কী অনুভব করেছিলেন? শুধুমাত্র একটি বাক্সে টিক (X) দিন।	<input type="checkbox"/> আপনি ভাড়াভাড়া গর্ভবতী হতে চেয়েছিলেন। <input type="checkbox"/> আপনি পরে গর্ভবতী হতে চেয়েছিলেন। <input type="checkbox"/> আপনি তখন গর্ভবতী হতে চেয়েছিলেন। <input type="checkbox"/> আপনি তখন বা ভবিষ্যতে কোনও সময় গর্ভবতী হতে চাননি।

যদি আপনি চান সন্তানের পিতা/পিতামাতার নাম বার্থ সার্টিফিকেটে উপস্থিত থাকুক, আপনাকে অবশ্যই নীচে বর্ণিত সঠিক এবং সম্পূর্ণ তথ্য সরবরাহ করতে হবে এবং হাসপাতালের বার্থ রেজিস্ট্রারের কাছে একটি সম্পূর্ণ করা ফর্ম জমা দিতে হবে।

এবং

- 1) বিবাহিত হলে, বার্থ সার্টিফিকেটে আপনার সন্তানের অন্য পিতা-মাতার নামটি আইনী পিতামাতা হিসাবে প্রদর্শিত হবে তা নিশ্চিত করতে কী করা প্রয়োজন তা হাসপাতালকে জিজ্ঞেস করুন। অথবা
- 2) যদি বিবাহিত হন এবং একাধিক ব্যক্তি শিশুর অন্য পিতামাতা হতে পারে এমন হয়, তবে বংশপরিচয় প্রতিষ্ঠার জন্য আপনাকে অবশ্যই পারিবারিক আদালতে যেতে হবে; বা
- 3) যদি আপনি বিবাহিত না হন এবং শিশু কোনও সারোগেসি চুক্তির বিষয় না হয়, তবে আপনি এবং অভিজুক্ত পিতামাতা উভয়েই দুজন অপ্ৰাসঙ্গিক সাক্ষীর উপস্থিতিতে বংশপরিচয়ের ফর্মে স্বীকৃতি স্বাক্ষর করতে পারেন; বা
- 4) যদি আপনার পরিস্থিতি উপরে বর্ণিত না হয়ে থাকে, তাহলে হাসপাতালের বার্থ রেজিস্ট্রারের সাথে কথা বলুন।

শিশুর জন্মের সময় পিতা/পিতামাতার তথ্য
মা/পিতামাতা বা পিতা/পিতামাতাকে সম্পূর্ণ করতে হবে

পিতা/পিতামাতা

31. পিতা/পিতামাতার প্রথম বিবাহের (জন্মের নাম) এর আগে আপনার সন্তানের পিতা/পিতামাতার নাম কী? অনুগ্রহ করে জন্মের সময় পিতা/পিতামাতার পিতামাতার নাম ঠিক করে লিখুন ঠিক যেমনটা আপনার সার্টিফিকেটে প্রদর্শিত হবে। ভবিষ্যতে এই তথ্য পরিবর্তন করতে, আপনাকে স্বাস্থ্য বিভাগে একটি সংশোধন আবেদন জমা দিতে হবে।	পিতা/পিতামাতার প্রথম নাম	পিতা/পিতামাতার মধ্যাংশ নাম (গুলি)	পিতা/পিতামাতার পদবী	প্রত্যয় (Jr., III, ইত্যাদি)
32-34. পিতা/পিতামাতার জন্ম তারিখ, বর্তমান বয়স এবং লিঙ্গ কী? অপশন "X" এর অর্থ এমন লিঙ্গ যা কেবলমাত্র পুরুষ বা মহিলা নয় (এটি, একটি নন-বাইনারি লিঙ্গ পরিচয়)	পিতা/পিতামাতার জন্ম তারিখ ____ / ____ / ____ মাস / দিন / বছর	বর্তমান বয়স ____	লিঙ্গ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> X	
35. পিতা/পিতামাতার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর কী? ফেডারেল আইন, 42 USC 405(c) (সামাজিক সুরক্ষা আইনের ধারা 205c) অনুসারে পিতামাতার SSNs দেওয়া প্রয়োজন। নম্বরগুলি শিশু সমর্থন প্রোগ্রামকারী ক্রিয়াকলাপে সহায়তা করার জন্য NYS অস্থায়ী এবং প্রতিবন্ধী সহায়তার অফিস এবং অর্জিত আয়কর ক্রেডিট প্রতিপালন নির্ধারণের উদ্দেশ্যে সোশ্যাল সিকিউরিটি প্রকাশনের মাধ্যমে অভ্যন্তরীণ রাজস্ব পরিষেবা এর নিকট সরবরাহ করা হবে।	পিতা/পিতামাতার SSN ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> পিতা/পিতামাতার SSN নেই	আগের পৃষ্ঠায় মা/পিতামাতার স্বাক্ষরটি নিশ্চিত করে যে উপরের SSN সঠিক।	

পিতা/পিতামাতার জন্মস্থান

36. পিতা/পিতামাতার জন্ম কোথায়?	শহর	স্টেট (যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে না হয়, অনুগ্রহ করে দেশ নির্দেশ করুন)	দেশ
37. পিতা/পিতামাতার জন্ম যদি আমেরিকার বাইরে হয়, তাহলে তারা কত দিন ধরে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বাস করেছেন?	U.S. এ বসবাস করা বছর ____	অথবা এক বছরেরও কম হলে:	U.S. এ বসবাস করা মাস ____

পিতা/পিতামাতার বৈশিষ্ট্য

38. শিক্ষা: স্কুলে সর্বোচ্চ ডিগ্রি কী যা আপনি পিতা/পিতামাতা শিশুর প্রসবের সময় সম্পূর্ণ করেছেন? শুধুমাত্র একটি বক্সে টিক (X) দিন।	<input type="checkbox"/> 8 শ্রেণি বা তার থেকে কম; কিছুই না <input type="checkbox"/> 9-12 শ্রেণি, কোনও ডিপ্লোমা নেই <input type="checkbox"/> হাই স্কুল স্নাতক বা GED <input type="checkbox"/> কিছু কলেজ ক্রেডিট, কিন্তু ডিগ্রি নেই	<input type="checkbox"/> সহযোগী ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, AA, AS) <input type="checkbox"/> স্নাতক ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> স্নাতকোত্তর ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> ডক্টরেট (উদাহরণস্বরূপ, PhD, EdD) বা পেশাগত ডিগ্রি (উদাহরণস্বরূপ, MD, DDS, DVM, LLB, JD)
39. পিতা/পিতামাতার বর্তমান/সম্প্রতিক পেশা/কাজ কী?	পেশা (উদাহরণস্বরূপ, ক্যাশিয়ার, ব্যাংক টেলার, নার্স, অ্যাটর্নি, ইত্যাদি)	
40. কোন শিল্পে তারা এই পেশা/কাজ সম্পাদন করেছেন? ব্যবসায়ের নাম দেবেন না তবে এটি কী ধরনের ব্যবসায় তা লিখুন।	শিল্প (উদাহরণস্বরূপ, রেন্টার, ব্যাংকিং, স্বাস্থ্য সেবা, আইনী ইত্যাদি)	
41. পিতা/পিতামাতার বংশ কী? শুধুমাত্র একটি বক্সে টিক (X) দিন এবং পিতা/পিতামাতা তাদেরকে সবচেয়ে বেশি কী বলে মনে করেন তা উল্লেখ করুন।	<input type="checkbox"/> হিস্পানিক/ল্যাটিনো (উদাহরণস্বরূপ, মেস্কিকান, পুয়ের্তো রিকান, কিউবান, ডোমিনিকান ইত্যাদি) নির্দিষ্ট করুন: _____ <input type="checkbox"/> হিস্পানিক/ল্যাটিনো নয় (উদাহরণস্বরূপ, ইতালিয়ান, আফ্রিকান আমেরিকান, হাইতিয়ান, পাকিস্তানি, ইউক্রেনীয়, নাইজেরিয়ান, তাইওয়ানিজ ইত্যাদি) নির্দিষ্ট করুন: _____	
42. পিতা/পিতামাতার জাতি কী? জাতি আমেরিকা সেনসাস দ্বারা ব্যাখ্যা করা হয়েছে। হিস্পানিক/ল্যাটিনো আমেরিকা সেনসাস অনুসারে কোন জাতি নয়। হিস্পানিক/ল্যাটিনো বংশের জন্য, অনুগ্রহ করে প্রশ্ন 41 ব্যবহার করুন। প্রয়োজ্য সমস্ত টিক (X) চিহ্ন দিন এবং যেখানে নির্দেশিত তা উল্লেখ করুন।	<input type="checkbox"/> স্বেতাঙ্গ <input type="checkbox"/> কৃষাণ বা আফ্রিকান আমেরিকান <input type="checkbox"/> আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কার আদিবাসী (নথীভুক্তকারী বা প্রধান উপজাতির নাম) <input type="checkbox"/> এশিয়ান ইন্ডিয়ান <input type="checkbox"/> চীনা	<input type="checkbox"/> ফিলিপিনো <input type="checkbox"/> জাপানি <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামী <input type="checkbox"/> অন্যান্য এশিয়ান (নির্দিষ্ট করুন) <input type="checkbox"/> আদিবাসী হাওয়াইয়ান <input type="checkbox"/> গুয়ামানিয়ান বা চমোরো <input type="checkbox"/> সামোয়ান <input type="checkbox"/> অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী (নির্দিষ্ট করুন) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)