

COVID-19 পরীক্ষার জন্য সম্মতির ফর্ম

এটি কীসের ফর্ম?

COVID-19 সংক্রমণের জন্য আপনার সন্তানকে পরীক্ষা করতে আমরা আপনার সম্মতি চাইছি। NYC হেলথ + হাসপাতাল এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন-এর সাথে কাজ করে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (NYC DOE) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ ইয়ুথ অ্যান্ড কমিউনিটি ডেভেলপমেন্ট (DYCD) সামার রাইজিং-এর অংশগ্রহণকারী, শিক্ষকমণ্ডলী এবং স্টাফদের COVID-19 সংক্রমণ পরীক্ষার জন্য বিভিন্ন ল্যাবরেটরি ও পরিষেবা প্রদানকারীদের সাথে অংশীদারিত্ব গড়ে তুলেছে।

আমার সন্তানকে আপনারা কত ঘন ঘন পরীক্ষা করবেন?

কিছু অংশগ্রহণকারী, শিক্ষকমণ্ডলী এবং স্টাফদের পরীক্ষা করার জন্য আমরা আমাদের ল্যাবরেটরি ও পরীক্ষা পরিচালনাকারী অংশীদারদের প্রতিটি সামার রাইজিং প্রোগ্রামে উপস্থিত হওয়ার ব্যবস্থা করছি। আপনি যদি সম্মতি দেন, তাহলে আপনার সন্তান প্রোগ্রামের পথনির্দেশনা অনুযায়ী এক বা একাধিকবার পরীক্ষার জন্য মনোনীত হতে পারে। এছাড়াও, আপনার সন্তানকে প্রোগ্রাম চলাকালে পরীক্ষা করা হতে পারে (1) স্টেট ও সিটির বাধ্যতামূলক আইনানুযায়ী, অথবা (2) যদি সে COVID-19-এর এক বা একাধিক উপসর্গ প্রদর্শন করে, অথবা (3) যদি সে COVID-19 আক্রান্ত কোনো শিক্ষার্থী, শিক্ষক বা স্টাফের কাছাকাছি এসে থাকে।

পরীক্ষাটি কী?

আপনি সম্মতি দিলে, আপনার সন্তানের COVID-19 ভাইরাস আছে কি না, তা নির্ণয় করতে বিনামূল্যে একটি পরীক্ষা নেয়া হবে। পরীক্ষার জন্য নমুনা সংগ্রহের অন্তর্ভুক্ত আছে Q-Tip-এর অনুরূপ একটি ক্ষুদ্র সোয়াব নাকের সামনের অংশে প্রবেশ করানো এবং/অথবা লালা (থুথু) সংগ্রহ করা।

আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পজিটিভ আসলে তা কীভাবে জানবো?

যদি সামার রাইজিং-এ আপনার সন্তানের কাছ থেকে নমুনা সংগ্রহ করা হয়, তাহলে আপনারা যেন জানতে পারেন, সেজন্য বাড়িতে তার সাথে আমরা তথ্য পাঠাবো। সাধারণত COVID-19 পরীক্ষার ফলাফল 48-72 ঘণ্টার মধ্যে জানানো হবে।

আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পাওয়ার পর আমার কী করা উচিত?

যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল পজিটিভ আসে, তাহলে পরীক্ষার ফলাফল পর্যালোচনা করতে এবং এরপর কী করতে হবে, সেটা আলোচনার জন্য অনুগ্রহ করে অবিলম্বে আপনার সন্তানের ডাক্তারের সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার সন্তানকে বাড়িতে রাখতে হবে এবং সন্তানের সামার রাইজিং প্রোগ্রাম কোর্ডিনেটরকে জানাতে হবে। আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল নেগেটিভ আসার অর্থ হচ্ছে আপনার সন্তানের দেয়া নমুনাতে ভাইরাস পাওয়া যায়নি। যাদের COVID-19 আছে, তাদের **কখনও কখনও** পরীক্ষায় অসঠিক নেগেটিভ ফলাফল আসে (যাকে বলা হয় "ফলস্ নেগেটিভ")। যদি আপনার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল নেগেটিভ আসে কিন্তু তার COVID-19-এর লক্ষণগুলো থাকে, কিংবা আপনার যদি সন্তানের COVID-19 সংক্রামিত কারো সংস্পর্শে আসা নিয়ে উদ্বেগ থাকে, তাহলে আপনার সন্তানের ডাক্তারের সাথে আপনার যোগাযোগ করা উচিত। আপনার যদি একজন ডাক্তার খুঁজতে সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে (844) NYC-4NYC নম্বরে ফোন করুন।

পিতামাতা, অভিভাবক, বা প্রাপ্তবয়স্ক অংশগ্রহণকারী পূরণ করবেন

পিতামাতা/অভিভাবকের তথ্য

পিতামাতা/অভিভাবক (ইংরেজি বড় অক্ষরে নাম): _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ফোন/মোবাইল #: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা: _____

আপনার সাথে যোগাযোগের সবচেয়ে ভালো পস্থা: _____

সন্তানের তথ্য

সন্তান (ইংরেজি বড় অক্ষরে নাম): _____

সন্তানের স্কুল ID/OSIS # (জানা থাকলে): _____ সন্তানের জন্মতারিখ: _____

সন্তানের সামার ব্রিজ প্রোগ্রাম: _____

সন্তানের বাড়ির ঠিকানা: _____

তথ্য প্রকাশ সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি

আইন আপনার সন্তানের কিছু তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ও নিউ ইয়র্ক স্টেটের কিছু প্রতিষ্ঠানের কাছে এবং তাদের সাথে পরিষেবা প্রদানের চুক্তিতে আবদ্ধ পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছে প্রকাশের অনুমোদন দেয়, এতে রয়েছে নিচে তালিকাভুক্ত বিষয়গুলো। এই তথ্য প্রকাশ করা হবে শুধু জনস্বাস্থ্য সংশ্লিষ্ট প্রসঙ্গে, এর অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, যদি আপনার সন্তান COVID-19 সংক্রামিত কারও কাছাকাছি গিয়ে থাকে, তাহলে আপনার সন্তানের ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে আসা ব্যক্তিদের জানানো এবং আপনার কমিউনিটিতে COVID-19 বিস্তার রোধের জন্য অন্যান্য পদক্ষেপ গ্রহণ করা। আপনার সন্তান সম্পর্কিত যেসব তথ্য এই প্রতিষ্ঠানগুলো ও COVID-19 পরীক্ষা পরিচালনাকারীদেরকে জানানো হতে পারে, সেগুলোর মধ্যে আছে আপনার সন্তানের নাম ও COVID-19 পরীক্ষার ফলাফল, জন্মতারিখ/বয়স, লিঙ্গ/জাতিগোষ্ঠী, সামার রাইজিং প্রোগ্রামের নাম(গুলি), শিক্ষক, ক্লাসরুম/কোহর্ট/পড (নির্দিষ্ট সীমিত শিক্ষার্থী দল), এনরোলমেন্ট ও উপস্থিতির বৃত্তান্ত, এবং প্রোগ্রামে অংশগ্রহণকারীরা, পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের বা অভিভাবকের নাম, ঠিকানা, ফোন নম্বর, মোবাইল নম্বর, এবং ইমেইল ঠিকানা। আপনার সন্তান সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করা হবে শুধুমাত্র আপনার সন্তানের ড্যাটার (উপাত্তের) গোপনীয়তা ও সুরক্ষা বিধানকারী প্রযোজ্য আইন এবং সিটির নীতির সাথে সামঞ্জস্য বিধান করে।

- NYC ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন
- NYC ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন
- NYS ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ
- NYC ডিপার্টমেন্ট অভ ইয়ুথ অ্যান্ড কমিউনিটি ডেভেলপমেন্ট
- NYC হেলথ অ্যান্ড হসপিটালস্ কর্পোরেশন
- COVID-19 পরীক্ষার জন্য চুক্তিবদ্ধ পরিষেবা প্রদানকারী

সম্মতি

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে আমি প্রত্যয়ন করছি যে:

- আমি স্বাধীনভাবে ও স্বেচ্ছায় এই ফর্ম-এ স্বাক্ষর করেছি, এবং উপরে বর্ণিত ছেলেমেয়ের ব্যাপারে সিদ্ধান্ত গ্রহণের জন্য আমার আইনি অধিকার আছে।
- আমি COVID-19 সংক্রমণের জন্য আমার সন্তানকে পরীক্ষা করার সম্মতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে আপনার সন্তানকে 1 সেপ্টেম্বর, 2021 তারিখ পর্যন্ত একাধিকবার পরীক্ষা করা হতে পারে, এবং সেগুলো হতে পারে (1) NYC DOE এবং/অথবা DYCD-এর প্রোগ্রামের নির্দেশনা বা স্টেট ও সিটির বাধ্যবাধকতা অনুসারে স্থিরকৃত সময়সূচিতে, অথবা (2) যদি সে COVID-19-এর এক বা একাধিক উপসর্গ প্রদর্শন করে, অথবা (3) যদি সে COVID-19 আক্রান্ত কোনো অংশগ্রহণকারী, শিক্ষক বা স্টাফদের কারো সংস্পর্শে গিয়ে থাকে।
- আমি বুঝি যে, এই সম্মতি ফর্ম 1 সেপ্টেম্বর, 2021 তারিখ পর্যন্ত বৈধ থাকবে, যদি না আমার সন্তানের সামার রাইজিং প্রোগ্রামের ভারপ্রাপ্ত যোগাযোগের ব্যক্তিকে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করছি এই মর্মে লিখিতভাবে অবহিত করি।
- আমি বুঝি যে, যদি আমি আমার সম্মতি প্রত্যাহার করি অথবা স্বাক্ষর দিতে অস্বীকৃতি জানাই, তাহলে আমার সন্তানকে সামার রাইজিং প্রোগ্রামে সশরীরে অংশ নিতে নাও দেয়া হতে পারে।
- আমি বুঝি যে, আইন অনুযায়ী আমার সন্তানের পরীক্ষার ফলাফল ও অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করা হতে পারে।
- আমি বুঝি যে, যদি আমি 18 বছর বা অধিক বয়সী একজন অংশগ্রহণকারী হই, কিংবা আইন অনুযায়ী অন্য কোনোভাবে আমার নিজের স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কিত বিষয়ে সম্মতি দেই, তাহলে যে প্রসঙ্গগুলোতে "আমার সন্তান" উল্লিখিত থাকবে, সেক্ষেত্রে তা আমাকেই বোঝাবে এবং আমি আমার পক্ষে স্বাক্ষর করতে পারবো।

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____
(যদি ছেলেমেয়ের বয়স 18 বছরের কম হয়)

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____
(18 বছর বা বেশি বয়স হলে বা অন্য কোনওভাবে সম্মতিদানের অধিকার স্বীকৃত হলে)