



তথ্য সংগ্রহ / অবমুক্ত কোর অনুমোদনপত্র
VR-21 (10/2023)

নাম:	জন্ম তারিখ:	Aware আইডি#:
ঠিকানা:		

অফিস অব দি অ্যাডাল্ট ক্যারিয়ার অ্যান্ড কন্টিনিউইং এডুকেশন সার্ভিসেস - ভোকেশনাল রিহ্যাবিলিটেশন (ACCES-VR) -কে আমি ব্যক্তি, সরকারী সংস্থা এবং/বা অন্যান্য প্রয়োজনীয় সত্তার কাছ থেকে তথ্য সংগ্রহ বা তাদের কাছে তথ্য অবমুক্তির অনুমতি দিচ্ছি (ক্লায়েন্ট এসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম, যা CAP নামেও পরিচিত, এর অন্তর্ভুক্ত)। আমি জানি যে :

আমি, বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি, জানে যে:

- সব তথ্য গোপনীয় রাখা হবে।
- আমার গোপনীয় তথ্যাবলী ইলেক্ট্রনিকালি পাঠানো বা গ্রহণ করা যেতে পারে।
- এই তথ্যের মধ্যে, আরাও অন্যান্য তথ্যসহ, আমার অক্ষমতা, শিক্ষার রেকর্ড, সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের তথ্য, প্যারোল বা প্রবেশন সম্পর্কিত রেকর্ড, আমার আর্থিক প্রয়োজন নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় নথি এবং / অথবা অন্যান্য তথ্য যা ACCES-VR -এর প্রয়োজন হতে পারে যাতে তারা বিভিন্ন পরিষেবাগুলির জন্য আমার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে পারে, আমাকে ভোকেশনাল পুনর্বাসন পরিষেবা প্রদান করতে পারে / অথবা আমার কর্মসংস্থানের লক্ষ্য অর্জন বা বজায় রাখার জন্য প্রয়োজনীয় অন্যান্য পরিষেবায় আমাকে রেফার করতে পারে - এমন সকল তথ্য।
- শেয়ার করা বা প্রাপ্ত তথ্য শুধুমাত্র আমার কর্মসংস্থানের লক্ষ্য অর্জন বা বজায় রাখতে আমাকে সহায়তা করার উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে।
- আমি লিখিতভাবে ACCES-VR -কে অবহিত করে তথ্য প্রকাশ বা প্রাপ্তির বিষয়ে যে কোনও সময় আমার অনুমতি প্রত্যাহার করতে পারি (দ্রষ্টব্য: এটি ইতিমধ্যে আমার অনুমতি নিয়ে নেওয়া পদক্ষেপগুলিকে প্রভাবিত করবে না)।
- ACCES-VR কে ভোকেশনাল পুনর্বাসন প্রোগ্রাম পরিচালনার জন্য এই অনুমোদন থেকে প্রাপ্ত তথ্য ব্যবহার করার প্রয়োজন হতে পারে।
- অনুমতির ক্ষমতাপ্রদান যতদিন কেস চলবে ততদিন বৈধ থাকবে যদি ফেরত না নেয়া হয়। এই অনুমোদনটি আমার মামলার জন্য সকল সময়ের জন্য বৈধ যদি না ট প্রত্যাহার করা হয়।

আমি এই অংশের সব তথ্যাবলী পড়েছি এবং জানি যে ACCES -এর 102.00 গোপনীয়তা নীতি এখানে দেখা যাবে <http://www.acces.nysed.gov/vr/10200-confidentiality-policy>.

এই বক্সে আমার ইনিশিয়াল দিয়ে , আমি আমার রেকর্ড থেকে মেডিকেল রেকর্ডগুলো প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

নিম্নে আমার স্বাক্ষর এই তথ্যাবলী দেয়ার জন্য আমার সন্মতি, চুক্তি, এবং উপলব্ধির প্রমাণ দিচ্ছে:

<input type="checkbox"/> মানসিক মূল্যায়ন রেকর্ড	<input type="checkbox"/> ভোকেশনাল মূল্যায়ন রেকর্ড	<input type="checkbox"/> শিক্ষা রেকর্ড
<input type="checkbox"/> আমার সম্পূর্ণ রেকর্ড	<input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	

এই ক্ষমতাপ্রদানের উদ্দেশ্যে নিম্নরূপ :

<input type="checkbox"/> যোগ্যতা নির্ধারণ	<input type="checkbox"/> উন্নয়নের পরিকল্পনা	<input type="checkbox"/> পরিষেবার জন্য রেফারাল
<input type="checkbox"/> মূল্যায়ন	<input type="checkbox"/> ব্যক্তির অনুরোধ	<input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____

এই তথ্যাবলী প্রদানকারী প্রোগ্রাম / স্কুলের নাম এবং ঠিকানা:	
যে ব্যক্তি বা ব্যক্তি এই তথ্যাবলী দেয়া হবে তাদের নাম এবং ঠিকানা:	

ACCES-VR's-এর গোপনীয়তার নীতি আমাকে পরিপূর্ণ ভাবে জানানো হয়েছে এবং আমি এই ফর্মে দেয়া সব তথ্যাবলী পড়েছি। নিম্নে আমার স্বাক্ষর এই তথ্যাবলী। প্রদানের জন্য আমার সন্মতি, চুক্তি, এবং সচেতনতার প্রমাণ দিচ্ছে।

যদি ব্যক্তি না হন, তাহলে সংস্থার পক্ষে স্বাক্ষরকারীর	ক্ষমতাপ্রাপ্ত স্বাক্ষরকারীর সাথে ব্যক্তির সম্পর্ক চিহ্নিত করুন :
--	--

তথ্য সংগ্রহ এবং প্রকাশের এই অনুমোদনটি P.L. 104-191 (HIPAA) এর অধীনে শিক্ষা এবং অন্যান্য তথ্য প্রকাশ সম্পর্কিত বিধানগুলি মেনে চলার জন্য তৈরি করা হয়েছিল; 34 CFR 361.38; 45 CFR অংশ 160 এবং 164; 42 মার্কিন কোড ধারা 290 ডিডি -2; 42 CFR অংশ 2; 38 মার্কিন কোড ধারা 7332; 38 CFR 1.475; 20 মার্কিন কোড ধারা 1232 জি (এফইআরপিএ); 34 CFR অংশ 99 এবং 300। এই তথ্যগুলি এমন রেকর্ডগুলি থেকে প্রকাশ করা হয়েছে যার গোপনীয়তা ফেডারেল আইন দ্বারা সুরক্ষিত। যে ব্যক্তির সাথে সম্পর্কিত তার নির্দিষ্ট লিখিত সম্মতি ব্যতীত ফেডারেল প্রবিধান এই তথ্যের পরবর্তী প্রকাশ নিষিদ্ধ করে।