

Early On® Request for Protected Information (Health)

Early On® সুরক্ষিত তথ্যের জন্য অনুরোধ (স্বাস্থ্য)

Child Information বাচ্চার তথ্য	
Child's Name:	Date of Birth:
বাচ্চার নাম:	জন্ম তারিখ:
Parent's/Guardian's Name:	
পিতামাতার/অভিভাবকের নাম:	
Purpose উদ্দেশ্য	
<p>The purpose of this request is to collect information necessary to determine your child's eligibility for <i>Early On</i>, and to plan and provide services as determined through the multidisciplinary team process.</p> <p>এই অনুরোধের উদ্দেশ্য হল Early On -এর জন্য আপনার সন্তানের যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করা, এবং মাল্টিডিসিপ্লিনারি টিম প্রক্রিয়ার মাধ্যমে নির্ধারিত অনুযায়ী পরিকল্পনা করা এবং পরিষেবা প্রদান করা।</p>	
Medical Provider(s) Authorized to Share Information with <i>Early On</i> চিকিৎসা প্রদানকারী(গণ) Early On -এ তথ্য শেয়ার করার জন্য অনুমোদিত	
<p>The medical provider(s) listed below have permission to share the specific information listed about my child.</p> <p>নীচে তালিকাভুক্ত চিকিৎসা প্রদানকারী(দের) আমার সন্তানের সম্পর্কে তালিকাভুক্ত নির্দিষ্ট তথ্য শেয়ার করার অনুমতি আছে।</p>	
Medical Provider:	Specific information to be shared with <i>Early On</i> :
চিকিৎসা প্রদানকারী:	Early On-এর সাথে শেয়ার করার নির্দিষ্ট তথ্য:
Medical Provider:	Specific information to be shared with <i>Early On</i> :
চিকিৎসা প্রদানকারী:	Early On-এর সাথে শেয়ার করার নির্দিষ্ট তথ্য:

Authorization

অনুমোদন

My signature below means I understand that:

- ✓ My authorization to allow the sharing of information about my child is voluntary and expires upon exit from *Early On* or my child's third birthday.
- ✓ Information regarding behavioral and mental health services or communicable diseases such as sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus (HIV infection, Acquired Deficiency Syndrome or AIDS related complex) may be shared if I initial here _____ or if I list this type of information above.
- ✓ Information received under this authorization becomes part of my child's educational record, is protected by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), and will no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA).
- ✓ Information may be re-disclosed by *Early On* as part of the educational record protected by FERPA.
- ✓ I may refuse to sign this authorization.
 - Refusal to sign may affect the ability of *Early On* to obtain information necessary to demonstrate that my child meets *Early On* eligibility criteria.
 - If my child is found eligible for *Early On*, refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain *Early On* services. However, the information obtained can help provide services that are individualized for my child.
- ✓ I may revoke or cancel consent at any time, without penalty, by notifying *Early On* in writing. Information that has already been shared based on this authorization cannot be taken back.

I have read and understand this authorization form (or it has been read to me in a language I understand) and:

- I authorize the above listed medical provider or designee to engage in verbal, written, and/or electronic communication in order to share specified records and information.
OR
- I do not wish to have any information shared at this time.

নীচে আমার স্বাক্ষর রয়েছে যার অর্থ হল আমি বুঝতে পারি যে:

- ✓ আমার সন্তানের সম্পর্কে তথ্য শেয়ার করার অনুমতি দেওয়ার জন্য আমার অনুমোদন স্বৈচ্ছাকৃত এবং Early On থেকে প্রস্থান করা থেকে বা আমার সন্তানের তৃতীয় জন্মদিনের পরে মেয়াদ শেষ হয়ে যায়।
- ✓ আচরণগত এবং মানসিক স্বাস্থ্য পরিষেবা বা সংক্রামক রোগ যেমন যৌনবাহিত রোগ এবং হিউম্যান ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস (HIV সংক্রমণ, অ্যাকোয়েরড ডেফিসিয়েন্সি সিন্ড্রোম বা AIDS সম্পর্কিত জটিল) সম্পর্কিত তথ্য ভাগ করা যেতে পারে যদি আমি এখানে আদ্যক্ষর দিয়ে সই করি _____ অথবা যদি আমি উপরে এই ধরনের তথ্য তালিকাভুক্ত করি।
- ✓ এই অনুমোদনের অধীনে প্রাপ্ত তথ্য আমার সন্তানের শিক্ষাগত রেকর্ডের অংশ হয়ে যায়, পারিবারিক শিক্ষাগত অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA) দ্বারা সুরক্ষিত এবং হেলথ ইন্সুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPPA) দ্বারা আর সুরক্ষিত থাকবে না।
- ✓ FERPA দ্বারা সুরক্ষিত শিক্ষাগত রেকর্ডের অংশ হিসাবে Early On দ্বারা তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা যেতে পারে।
- ✓ আমি এই অনুমোদন স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করতে পারি।
 - স্বাক্ষর করতে অস্বীকৃতি আমার সন্তান যে Early On যোগ্যতার মানদণ্ড পূরণ করে তা দেখানোর জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়ার জন্য Early On- এর ক্ষমতাকে প্রভাবিত করতে পারে।
 - যদি আমার সন্তানকে Early On- এর জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হয়, তাহলে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করলে আমার Early On পরিষেবাগুলি পাওয়ার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করবে না। যাইহোক, প্রাপ্ত তথ্য আমার সন্তানের জন্য ব্যক্তিগতকৃত পরিষেবা প্রদান করতে সাহায্য করতে পারে।
- ✓ আমি Early On কে লিখিত ভাবে অবহিত করে যেকোন সময়, জরিমানা ছাড়া, সম্মতি প্রত্যাহার বা বাতিল করতে পারি। বহিত করে। ইতিমধ্যে এই অনুমোদনের উপর ভিত্তি করা শেয়ার করা তথ্য ফেরত নেওয়া যাবে না।

আমি এই অনুমোদনের ফর্মটি পড়েছি এবং বুঝেছি (অথবা এটি আমার বোধগম্য ভাষায় পড়া হয়েছে) এবং:

- আমি উপরোক্ত তালিকাভুক্ত চিকিৎসা প্রদানকারী বা মনোনীত ব্যক্তিকে নির্দিষ্ট রেকর্ড এবং তথ্য শেয়ার করার জন্য মৌখিক, লিখিত এবং/অথবা ইলেক্ট্রনিক যোগাযোগে নিযুক্ত হওয়ার অনুমোদন দিই। অথবা
- আমি এই সময়ে কোন তথ্য শেয়ার করতে চাই না।

Signature of Parent/Guardian:	Relationship to Child:	Date:
পিতামাতার/অভিভাবকের স্বাক্ষর:	বাচ্চার সাথে সম্পর্ক:	তারিখ: