

Early On® Request for Information (Non-Health)

Early On® তথ্যের জন্য অনুরোধ (অ-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

The purpose of this request is to collect information necessary to determine your child's eligibility for *Early On*, and to plan and provide services as determined through the multidisciplinary team process.

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।

Agency(ies)/Person(s) Authorized to Share Information with *Early On*

এজেন্সি(গুলি)/ব্যক্তি(রা) *Early On* এর সাথে তথ্য শেয়ার করার জন্য অনুমোদিত

The agency(ies)/person(s) listed below have permission to share the specific information listed about my child.

নীচে তালিকাভুক্ত সংস্থা(গুলি)/ব্যক্তি(দের) আমার সন্তানের সম্পর্কে তালিকাভুক্ত নির্দিষ্ট তথ্য শেয়ার করার অনুমতি রয়েছে।

Agency/Person:	Specific information to be shared with <i>Early On</i> :
সংস্থা/ব্যক্তি:	Early On-এর সাথে শেয়ার করার নির্দিষ্ট তথ্য:
Agency/Person:	Specific information to be shared with <i>Early On</i> :
সংস্থা/ব্যক্তি:	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 received under this authorization becomes part of the child's educational record, and is protected by Family Educational Rights and Privacy (FERPA).
- ✓ Information may be re-disclosed by *Early On* as part of the educational record protected by FERPA.
- ✓ Refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain *Early On* services.
- ✓ 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 agency(s)/person(s) 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 স্বেচ্ছাকৃত এবং *Early On* থেকে প্রস্থান করা থেকে বা আমার সন্তানের তৃতীয় জন্মদিনের পরে মেয়াদ শেষ হয়ে যায়।
- ✓ এই অনুমোদনের অধীনে প্রাপ্ত তথ্য শিশুর শিক্ষাগত রেকর্ডের অংশ হয়ে ওঠে এবং পারিবারিক শিক্ষাগত অধিকার এবং গোপনীয়তা (FERPA) দ্বারা সুরক্ষিত।
- ✓ FERPA দ্বারা সুরক্ষিত শিক্ষাগত রেকর্ডের অংশ হিসাবে *Early On* দ্বারা তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা যেতে পারে।
- ✓ এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করতে প্রত্যাখ্যান আমার *Early On* পরিষেবাগুলি পাওয়ার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করবে না।
- ✓ 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 সংস্থা(গুলি)/ব্যক্তি(দের)কে নির্দিষ্ট রেকর্ড এবং তথ্য শেয়ার করার জন্য মৌখিক, লিখিত, এবং/অথবা ইলেকট্রনিক যোগাযোগে নিযুক্ত হওয়ার জন্য অনুমোদন করি বা
- আমি এই সময়ে কোন তথ্য শেয়ার করতে চাই না।

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

January 8, 2016

৪ জানুয়ারী, ২০১৬