



শিশু এবং পরিবার সম্পর্কিত নিউইয়র্ক স্টেট কাউন্সিল (NEW YORK STATE COUNCIL ON CHILDREN AND FAMILIES, CCF)
স্থান নির্ধারণে কষ্টসাধ্য/সেবা করার ক্ষেত্রে কষ্টসাধ্য ইনটেক ফর্ম
দয়া করে যতটা সম্ভব সম্পূর্ণভাবে পূরণ করার চেষ্টা করুন।

রেফার করার তথ্য				
CCF-এর কাছে যিনি রেফার করছেন				
নাম	পদবি			
রেফার করা ব্যক্তির উপাধি	রেফার করা সংস্থার নাম			
রেফার করা এজেন্সির ঠিকানা				
রাষ্ট্র				
শহর	রাজ্য	জিপি		
ফোন নম্বর () - এরিয়া কোড	ফ্যাক্স নম্বর () - এরিয়া কোড	নম্বর		
CCF-এর কাছে রেফার করা ব্যক্তির ই-মেল	তারিখ	মাস	দিন	বছর

শিশু/কিশোর-কিশোরীর তথ্য				
CCF-এর কাছে যে শিশু/কিশোর-কিশোরীকে রেফার করা হচ্ছে				
নাম	পদবি			
লিঙ্গ অনুগ্রহ করে শিশু/অল্পবয়সীর লিঙ্গ নির্দিষ্ট করুন	জন্ম তারিখ	মাস	দিন	বছর
জা/জনগোষ্ঠীগত পরিচয়				
আফ্রিকান আমেরিকান আমেরিকান ইন্ডিয়ান/প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপপুঞ্জের বাসিন্দা এশীয় লাতিনো ককেশীয় দুই বা তার অধিক জাতি/জাতীয়তা				
রেফার করা শিশু/অল্পবয়সীর আইনসম্মত ঠিকানা:				
রাষ্ট্র				
শহর	রাজ্য	জিপি		
কাউন্টি				



রোগ নির্ণয়

বৌদ্ধিক কর্মকুশলতা

(পুরো দমের IQ পরীক্ষার ভিত্তিতে)

- _____ খুবই উৎকৃষ্ট (130+) _____ গড়পড়তা মানের নিচে (80-89) _____ তীব্র বৌদ্ধিক প্রতিবন্ধকতা (25-39)
- _____ উৎকৃষ্ট (120-129) _____ প্রান্তিক (70-79) _____ গভীর বৌদ্ধিক প্রতিবন্ধকতা (25 এর নিচে)
- _____ গড়পড়তা মানের ওপরে (110-119) _____ সামান্য বৌদ্ধিক প্রতিবন্ধকতা (55-69)
- _____ গড়পরতা (90-109) _____ মাঝারি বৌদ্ধিক প্রতিবন্ধকতা (40-54)

অভিব্যক্তিমূলক ভাষার দক্ষতা

- _____ উপযুক্ত বাচন দক্ষতা ব্যবহার করে
- _____ সরল বাচন দক্ষতা ব্যবহার করে (চাহিদাগুলি জানাতে পারে)
- _____ কেবল সাংকেতিক ভাষাই ব্যবহার করে (অর্থাৎ, কোন ধরণের ইশারার ভাষা)
- _____ কেবল লিখিত সাংকেতিক ভাষা ব্যবহার করে (অর্থাৎ, রিস, রিবাস)
- _____ কেবল লিখিত ভাষা ব্যবহার করে
- _____ কোনো অভিব্যক্তিমূলক ভাষা নেই বা অর্থহীন বাচন রয়েছে

বোধগম্যতা সংক্রান্ত ভাষার দক্ষতা

- _____ জটিল বিবৃতি/নির্দেশাবলী বোঝে
- _____ সহজ বিবৃতি/নির্দেশাবলী বোঝে
- _____ বোঝার ক্ষমতা প্রদর্শন করে না



স্বাধীনভাবে কাজ করার ক্ষমতা	আস্ব-পরিচালনা
_____ স্বাধীনভাবে বাস করার জন্য প্রয়োজনীয় দক্ষতাগুলি রয়েছে	_____ স্বাধীনভাবে ব্যক্তিগত ব্যাপার সামলায়
_____ স্বাধীনভাবে বাস করার জন্য কাজকর্ম করতে প্রশিক্ষণ প্রয়োজন	_____ ব্যক্তিগত ব্যাপার সামলাতে সহায়তা/প্রশিক্ষণ প্রয়োজন
_____ স্বাধীনভাবে বাস করার জন্য কাজকর্ম করতে সহায়তা প্রয়োজন	_____ সামলানোর জন্য সম্পূর্ণরূপে অন্যের উপর নির্ভরশীল
_____ সম্পূর্ণরূপে অন্যদের উপর নির্ভরশীল	

দৃষ্টিশক্তি	শ্রবণ ক্ষমতা	চলাফেরা
_____ কার্যকরী দৃষ্টিশক্তি নেই	_____ কার্যকরী শ্রবণ ক্ষমতা নেই	_____ চলৎ শক্তিহীন
_____ আইনসম্মতভাবে দৃষ্টিশক্তিহীন, যাতায়াতের জন্য প্রয়োজনীয় দৃষ্টি রয়েছে	_____ শ্রবণশক্তিহীন	_____ হইলচেয়ার – সহায়তা প্রয়োজন
_____ দৃষ্টিশক্তিহীন	_____ শ্রবণ ক্ষমতা স্বাভাবিক (এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত সংশোধন করে যাদের শ্রবণ ক্ষমতা স্বাভাবিক করা হয়েছে)	_____ হইলচেয়ার – নিজে চালায়
_____ দৃষ্টিশক্তি স্বাভাবিক (এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত সংশোধন করে যাদের দৃষ্টিশক্তি স্বাভাবিক করা হয়েছে)		_____ সহায়ক যন্ত্রের সাহায্যে হাঁটে
		_____ কোনো সাহায্য ছাড়া কষ্ট করে হাঁটে
		_____ স্বাধীনভাবে হাঁটে

যে পরিষেবাগুলি প্রয়োজন		
_____ বিদেশী ভাষার দোভাষী	_____ সাংকেতিক ভাষার দোভাষী	_____ বধিরদের জন্য শিক্ষক
_____ স্থিতি-বোধ এবং চলাফেরার শিক্ষক	_____ দৃষ্টিশক্তিহীনের শিক্ষক	

আচরণগত পুনরাবৃত্তির হার
_____ কোনো আচরণগত অসুবিধা নেই _____ প্রতি সপ্তাহে মানিয়ে নেওয়ায় আচরণগত অসুবিধা
_____ প্রতি মাসে মানিয়ে নেওয়ায় আচরণগত অসুবিধা _____ দৈনিকভাবে মানিয়ে নেওয়ায় আচরণগত অসুবিধা
_____ উদ্বেগজনক আচরণের বর্ণনা দিন: _____



আচরণ এবং ঝুঁকির কারণগুলি (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক দিন)

<input type="checkbox"/> মদ বা মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার <input type="checkbox"/> শিক্ষাগত সমস্যা <input type="checkbox"/> ভান করা <input type="checkbox"/> অসামাজিক <input type="checkbox"/> উদ্ভিন্ন <input type="checkbox"/> পরিবারের সদস্যদের মারধোর করার প্রবণতা <input type="checkbox"/> সতীর্থদের মারধোর করার প্রবণতা <input type="checkbox"/> বড়দের মারধোর করার প্রবণতা <input type="checkbox"/> মনোযোগ দেওয়ায় অসুবিধা <input type="checkbox"/> জীবজন্তুদের প্রতি নৃশংসতা <input type="checkbox"/> অন্যদের জন্য বিপজ্জনক <input type="checkbox"/> নিজের জন্য বিপজ্জনক <input type="checkbox"/> বিভ্রম <input type="checkbox"/> সম্পত্তি ধ্বংস করে <input type="checkbox"/> সহজে শিকারে পরিণত হয়	<input type="checkbox"/> আবেগের দিক দিয়ে ভঙ্গুর <input type="checkbox"/> বিস্ফোরক <input type="checkbox"/> অগ্নি সংযোজন <input type="checkbox"/> উটকো ঘটনা <input type="checkbox"/> দীর্ঘকালব্যাপী <input type="checkbox"/> অলীক কিছুর অস্তিত্বে বিশ্বাস করা <input type="checkbox"/> বিচার/কিশোর-কিশোরীদের বিচার ব্যবস্থায় জড়িত আছে <input type="checkbox"/> নরহত্যার প্রবণতা রয়েছে <input type="checkbox"/> আবেগতাড়িত/ছটফটে <input type="checkbox"/> অন্যদের ভয় দেখায় <input type="checkbox"/> অন্যদের উপর খুব বেশি নির্ভর করে <input type="checkbox"/> শারীরিক আক্রমণাত্মক ভাব <input type="checkbox"/> পিতামাতার সাথে খারাপ সম্পর্ক <input type="checkbox"/> অন্য বড়দের সাথে খারাপ সম্পর্ক <input type="checkbox"/> কর্তৃপক্ষের সাথে খারাপ সম্পর্ক	<input type="checkbox"/> সতীর্থদের সাথে খারাপ সম্পর্ক <input type="checkbox"/> এখান থেকে পালিয়েছে <input type="checkbox"/> বাড়ি <input type="checkbox"/> স্কুল <input type="checkbox"/> প্রোগ্রাম <input type="checkbox"/> দুখী <input type="checkbox"/> আত্মসম্মান কম <input type="checkbox"/> যৌন নির্যাতনে প্রতিক্রিয়াশীল <input type="checkbox"/> যৌন নির্যাতিত <input type="checkbox"/> যৌন নির্যাতক <input type="checkbox"/> যৌনতার দিক দিয়ে অনুপযুক্ত <input type="checkbox"/> যৌনতার দিক দিয়ে প্ররোচনামূলক <input type="checkbox"/> নিজেকে আঘাত দেয় <input type="checkbox"/> নিজের অঙ্গহানি করে <input type="checkbox"/> নিজেকে উত্তেজিত করে	<input type="checkbox"/> ঘূমের সমস্যা <input type="checkbox"/> সামাজিক সংস্পর্শ এড়িয়ে চলা <input type="checkbox"/> দেহগত বিষয়ে অভিযোগ <input type="checkbox"/> জিনিস চুরি করে/ছিনতাই <input type="checkbox"/> আত্মহত্যার চেষ্টা <input type="checkbox"/> আত্মহত্যা করার কথা ভাবা <input type="checkbox"/> মাদকদ্রব্যের অপব্যবহার/নির্ভরশীলতা <input type="checkbox"/> মানসিক আঘাতজনিত কারণে চাগিয়ে ওঠা <input type="checkbox"/> পালিয়ে বাড়ানো <input type="checkbox"/> ভাঙচুর <input type="checkbox"/> পুলিশের সংস্পর্শে আসা <input type="checkbox"/> মৌখিকভাবে গালিগালাজ করে (অত্যন্ত) <input type="checkbox"/> স্কুল বা প্রোগ্রাম থেকে পালিয়ে এদিক-ওদিক ঘুরে বেড়ায়
--	--	--	---

রেফার করার সময় বিচার সংক্রান্ত/তদ্বাধানমূলক স্থিতি (প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন)

ফৌজদারি/সিভিল অভিযোগ মূলতুবি রয়েছে পারিবারিক আদালত PINS
 প্রবেশন

কোনো মূলতুবি থাকা অভিযোগ নির্দিষ্ট করে বলুন:



বিশেষ যত্ন/ ওষুধের প্রয়োজনীয়তা

_____ অভিযোজিত শারীর শিক্ষা

_____ সহায়ক প্রযুক্তি (বর্ণনা করুন): _

_____ 24-ঘন্টার জন্য প্রেসক্রিপশনের ওষুধ

_____ ওষুধ প্রয়োগ ছাড়াও স্বাস্থ্য কর্মীদের থেকে প্রতিদিন ব্যক্তিগতভাবে যত্ন নেওয়ার চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয়তা রয়েছে

_____ 24 ঘন্টা নার্সিং যত্ন

_____ চিকিৎসা সংক্রান্ত সতর্কতা (নির্দিষ্ট করুন): _____

স্কুল ডিস্ট্রিক্ট তথ্য

স্কুল ডিস্ট্রিক্টের নাম

স্কুলে যোগাযোগকারী ব্যক্তি

নাম

পদবি

স্কুলে যোগাযোগকারী ব্যক্তির উপাধি

স্কুলে যোগাযোগকারী ব্যক্তির ফোন নম্বর

() -
এরিয়া কোড ফোন নম্বর

স্কুল ডিস্ট্রিক্টের কাউন্টি

স্কুলে যোগাযোগকারী ব্যক্তির ইমেল



CCF-এর কাছে বেফার করার সময়, এই শিশু/কিশোর-কিশোরীর জন্য বিশেষ শিক্ষা কমিটি কোন শ্রেণীবিভাগ করেছিল?	বেফার করার সময় এই শিশু/ কিশোর-কিশোরীর ক্লাসের আয়তন কত?
<input type="checkbox"/> এই মুহূর্তে শিশুটির জন্য কোনো শ্রেণীবিভাগ করা হয় নি	<input type="checkbox"/> 12:1+1
<input type="checkbox"/> কেবল অটিজম	<input type="checkbox"/> 8:1+1
<input type="checkbox"/> কেবল মূকবধিরতা দৃষ্টিশক্তিহীনতা	<input type="checkbox"/> 6:1+1
<input type="checkbox"/> কেবল শ্রবণ বৈকল্য	<input type="checkbox"/> 6:1+3
<input type="checkbox"/> কেবল মানসিক প্রতিবন্ধকতা	<input type="checkbox"/> 2:1+4
<input type="checkbox"/> কেবল অস্থি সংক্রান্ত বৈকল্য	<input type="checkbox"/> সাধারণ শিক্ষার ক্লাসরুম
<input type="checkbox"/> কেবল অন্যান্য স্বাস্থ্য বৈকল্য	
<input type="checkbox"/> কেবল গুরুতর আবেগগত অসুবিধা	
<input type="checkbox"/> কেবল বাচন বা ভাষাগত বৈকল্য	
<input type="checkbox"/> কেবল নির্দিষ্টধরণের শিক্ষা সংক্রান্ত প্রতিবন্ধকতা	
<input type="checkbox"/> কেবল আঘাতজনিত মস্তিষ্কের ক্ষত	
<input type="checkbox"/> কেবল চাক্ষুষ বৈকল্য (দৃষ্টিশক্তিহীন সহ)	
<input type="checkbox"/> বহু প্রতিবন্ধকতা (বহু প্রতিবন্ধকতা হলে, প্রতিবন্ধকতার প্রকার নির্দিষ্ট করুন)	
<input type="checkbox"/> অটিজম	
<input type="checkbox"/> মূকবধিরতা দৃষ্টিশক্তিহীনতা	
<input type="checkbox"/> শ্রবণ বৈকল্য	
<input type="checkbox"/> মানসিক প্রতিবন্ধকতা	
<input type="checkbox"/> অস্থি সংক্রান্ত বৈকল্য	
<input type="checkbox"/> অন্যান্য স্বাস্থ্য বৈকল্য	
<input type="checkbox"/> গুরুতর আবেগগত বিঘ্নতা	
<input type="checkbox"/> বাচন বা ভাষাগত বৈকল্য	
<input type="checkbox"/> নির্দিষ্ট শিক্ষার প্রতিবন্ধকতা	
<input type="checkbox"/> আঘাতমূলক মস্তিষ্কের ক্ষত	
<input type="checkbox"/> চাক্ষুষ বৈকল্য (দৃষ্টিশক্তিহীন সহ)	

শিশু/কিশোর-কিশোরীর জন্য সুপারিশকৃত সংশ্লিষ্ট স্কুল পরিষেবা		
<input type="checkbox"/> অডিওলজি (শ্রুতিবিজ্ঞান)	<input type="checkbox"/> চিকিৎসা সংক্রান্ত পরিষেবা (মূল্যায়ন)	<input type="checkbox"/> মনস্তাত্ত্বিক পরিষেবা_বাচিক অসুস্থতা
<input type="checkbox"/> সহায়ক প্রযুক্তি পরিষেবা	<input type="checkbox"/> পেশাগত থেরাপি	<input type="checkbox"/> পুনর্বাসনের কাউন্সেলিং
<input type="checkbox"/> কাউন্সিলিং পরিষেবা	<input type="checkbox"/> পিতামাতার শিক্ষা এবং প্রশিক্ষণ	<input type="checkbox"/> স্কুল স্বাস্থ্য পরিষেবা
<input type="checkbox"/> পরিবার কাউন্সিলিং	<input type="checkbox"/> শারীরিক থেরাপি	<input type="checkbox"/> স্কুল সমাজ সেবা
অন্যান্য প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি: _____		



CCF-এর কাছে রেফার করার সময় অবস্থান

বর্তমান বসবাসের ব্যবস্থা

_____ পিতামাতার সাথে বাস করছে _____ আত্মীয়ের সাথে বাস করছে (উ. দা., দাদু ঠাকুরমা, ভাইবোন) _____ একা থাকছে
_____ আবাসিক কেয়ারে বাস করছে _____ গৃহহীন _____ আশ্রয়/সাময়িক আশ্রয়স্থলে বাস করছে

বর্তমান তত্ত্বাবধায়কের স্থিতি

_____ পিতামাতা _____ ডিপার্টমেন্ট অভ সোশাল সার্ভিস(সমাজ পরিষেবা বিভাগ, LDSS)
_____ অন্য তত্ত্বাবধায়ক(অভিভাবক) _____ অন্য পরিবারের সদস্য _____ OCFS

(নির্দিষ্ট করুন) _____

বিবাহ বিচ্ছিন্ন হলে/আলাদা থাকলে, পিতামাতার মধ্যে কার কাছে তত্ত্বাবধানের অধিকার আছে? _____ মাতা _____ পিতা _____ যৌথ তত্ত্বাবধান
যৌথ তত্ত্বাবধানে থাকলে, পিতামাতার মধ্যে বাস্তবিকভাবে কার তত্ত্বাবধানে আছে? _____ মাতা _____ পিতা

আবাসিক প্লেসমেন্ট (কাউন্সিলের কাছে রেফার করার সময় শিশু/কিশোর-কিশোরী একটি আবাসিক পরিবেশে থাকলে এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন)

এজেন্সির অন্তর্ভুক্তি

_____ OPWDD	_____ OMH	_____ OCFS বা _____ DSS শুধুমাত্র একটিতে বেছে নিন	_____ SED
একধরণের OPWDD প্লেসমেন্ট _____ শিশুদের আবাসন (Children's residence, CR) _____ পরিবার পরিচর্যা পরিবেশ _____ স্বতন্ত্র আবাসন বিকল্প (Individual Residential Alternative, IRA) _____ মধ্যবর্তী পরিচর্যা কেন্দ্র (Intermediate care facility, ICF) _____ সহায়ক বাসস্থান	একধরণের OMH প্লেসমেন্ট _____ কমিউনিটি আবাসন _____ পরিবার ভিত্তিক আচার- ব্যবহার _____ মনস্তাত্ত্বিক অন্তর্বিভাগীয় হাসপাতাল _____ আবাসিক চিকিৎসা কেন্দ্র _____ সহায়ক বাসস্থান	একধরণের OCFS/DSS প্লেসমেন্ট _____ আবাসিক চিকিৎসা কেন্দ্র, গ্রুপ হোম, বোর্ডিং হোম, ফস্টার(পালক) কেয়ার হোম _____ OCFS কিশোর- কিশোরীদের পুনর্বাসনের প্লেসমেন্ট	একধরণের SED/LEA প্লেসমেন্ট _____ অনুমোদিত আবাসিক স্কুল



আবাসিক প্রকল্পের নাম _____	যে রাজ্যে আবাসিক প্রকল্প অবস্থিত (কেবলমাত্র রাজ্যের বাইরের প্রকল্প হলে) (রাজ্যের সংক্ষিপ্তকরণ নির্দিষ্ট করুন)
আবাসিক প্রকল্পের যোগাযোগকারী ব্যক্তি _____ নামের প্রথমাংশ _____ পদবি	আবাসিক প্রকল্পের যোগাযোগকারী ব্যক্তির ফোন নম্বর (_____) _____ - _____ এরিয়া কোড ফোন নম্বর আবাসিক প্রকল্পের যোগাযোগকারী ব্যক্তির ইমেইল: _____

পিতামাতার তথ্য	
পিতার নাম _____	মাতার নাম _____
পিতার ফোন (_____) _____	মাতার ফোন (_____) _____
পিতার ইমেইল _____	মাতার ইমেইল _____
পিতার ঠিকানা _____ _____	মাতার ঠিকানা _____ _____

অভিভাবকের তথ্য নাম _____ ফোন _____ ইমেইল _____ ঠিকানা _____	দত্তকগ্রহণ এই শিশু/ কিশোর-কিশোরীটিকে কি দত্তক নেওয়া হয়েছিল? হ্যাঁ _____ না _____ হ্যাঁ হলে, দত্তকগ্রহণ প্রক্রিয়াটি কি দেশের ভিতরে না আন্তর্জাতিক ছিল _____ আন্তর্জাতিক হলে কোন দেশ _____
--	--



অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিতগুলির বর্ণনা করে লিখুন:

- উপযুক্ত পরিষেবা বা প্লেসমেন্ট প্রদান করার চেষ্টায় সম্মুখীন হওয়া বাধাবিপত্তির একটি বর্ণনা।
- শিশু/ কিশোর-কিশোরীর জন্য পরিষেবা এবং/অথবা প্লেসমেন্ট বিপদমুক্ত করতে রেফার করার সূত্র বা অন্যান্যদের করা প্রচেষ্টাগুলির একটি প্রতিবেদন।
- শিশু/ কিশোর-কিশোরীর বিশেষ চাহিদার বিষয়ে পূর্বতন তথ্য।
- প্রয়োজনে লাগতএ পারে এমন কোনো অতিরিক্ত মন্তব্য বা তথ্যও অন্তর্ভুক্ত করুন (প্রয়োজন হলে নিম্নলিখিত পৃষ্ঠাগুলি ব্যবহার করুন)।