

শিশুটির বসবাসের কাউন্টি: _____ শিশুর রেফারেলের তারিখ: (মাস/দিন/বছর) ____ / ____ / ____

বিভাগ 1: প্রয়োজনীয় তথ্য (এই বাক্সে টিক চিহ্ন দিয়ে, মিউনিসিপ্যালিটি নির্দেশ করে যে তারা রেফারেল উৎস থেকে নিশ্চয়তা পেয়েছে যে পিতামাতা/আইনি অভিভাবকের সাথে পরামর্শ করা হয়েছিল, এবং রেফারেলের বিষয়ে আপত্তি করেনি)

শিশুটির তথ্য	শিশুটির নাম: নামের শেষাংশ _____ নাম _____ মাতার নাম _____	জন্ম তারিখ: (মাস/দিন/বছর) ____ / ____ / ____ প্রভাবশালী ভাষা বা যোগাযোগের পদ্ধতি: শিশু _____ বাবা-মা/আইনি অভিভাবক _____
	লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা শিশুর ঠিকানা: (রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট নং.) _____	জাতি: (যদি একাধিক বিষয় প্রযোজ্য হয় তা নির্বাচন করুন) <input type="checkbox"/> আমেরিকান ভারতীয় বা স্থানীয় আলাস্কা নিবাসী <input type="checkbox"/> এশীয় <input type="checkbox"/> কৃষ্ণাঙ্গ অথবা আফ্রিকান আমেরিকান <input type="checkbox"/> শ্বেতাঙ্গ <input type="checkbox"/> স্থানীয় হাওয়াই নিবাসী অথবা অন্যান্য প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী
শিশুটির তথ্য	জাতিগত পরিচয়: <input type="checkbox"/> হিস্প্যানিক বা ল্যাটিনো <input type="checkbox"/> অ-হিস্প্যানিক বা অ-ল্যাটিনো	রেফারেলের কারণ: (অনুগ্রহ করে একটি টিক করুন) <input type="checkbox"/> 1. অনুময় এই শিশুটিকে রেফার করা হয়েছে কারণ ওর বিকাশজনিত বিলম্বন বা অক্ষমতা আছে বলে সন্দেহ করা হচ্ছে। <input type="checkbox"/> 2. নিশ্চিত এই শিশুটিকে রেফার করা হয়েছে কারণ ওর নিশ্চিত অক্ষমতা আছে (শারীরিক বা মানসিক সমস্যা নির্ধারিত হয়েছে যেটির ফলাফল হিসেবে বিকাশজনিত বিলম্বন থাকার উচ্চ সম্ভাবনা রয়েছে)। <input type="checkbox"/> 3. ঝুঁকিসম্পন্ন এই সময়ে এই শিশুটির প্রতিবন্ধী হওয়ার বিষয়ে সন্দেহ করা হচ্ছে না তবে তাকে রেফার করা হচ্ছে কারণ সে প্রতিবন্ধী হওয়ার ঝুঁকিতে রয়েছে (যেমন, ঝুঁকির মাপকাঠি নিয়মে চিহ্নিত করা হয়েছে, CAPTA রেফারেল, ইত্যাদি)। <input type="checkbox"/> 4. ঝুঁকিতে শিশু নিউবর্ন হিয়ারিং স্ক্রিনিং পাস করেনি এবং প্রয়োজনীয় ফলো-আপ পায়নি।
	রেফারেল উৎসের তথ্য: প্রথম নাম _____ নামের শেষাংশ _____ এজেন্সি/ফেসিলিটি নাম: _____ ঠিকানা: _____ টেলিফোন: (____) _____ - _____ এক্সটেনশন _____ ফ্যাক্স: (____) _____ - _____ ইমেইল: _____	রেফারেল উৎসের ধরণ: (অনুগ্রহ করে একটি টিক করুন) <input type="checkbox"/> বাবা-মা/আইনি অভিভাবক _____ <input type="checkbox"/> অন্যান্য পারিবারিক সদস্য (নির্দিষ্ট করুন) <input type="checkbox"/> শিশুর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী <input type="checkbox"/> হাসপাতাল বা ক্লিনিক <input type="checkbox"/> কমিউনিটি প্রোগ্রাম/EIP প্রদানকারী <input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) _____
বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের তথ্য	বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের নাম: নামের শেষাংশ _____ প্রথম নাম _____ বাড়ি: (____) _____ - _____ সেল: (____) _____ - _____ কর্মস্থল: (____) _____ - _____ ঠিকানা: _____ রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট নং. _____ শহর _____ জিপ কোড _____	বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের নাম: নামের শেষাংশ _____ প্রথম নাম _____ বাড়ি: (____) _____ - _____ সেল: (____) _____ - _____ কর্মস্থল: (____) _____ - _____ ঠিকানা: _____ রাস্তা, অ্যাপার্টমেন্ট নং. _____ শহর _____ জিপ কোড _____
	পরিচর্যাকারী/বিকল্প যোগাযোগের নাম: নামের শেষাংশ _____ প্রথম নাম _____ টেলিফোন নম্বর: (____) _____ - _____	শিশুটির সাথে সম্পর্ক: <input type="checkbox"/> পিতামহ-পিতামহী অন্যান্য: _____ <input type="checkbox"/> পালক বাবা-মা

বাস্তার নাম: _____
নামের শেষাংশ _____ প্রথম নাম _____

জন্ম তারিখ: ____/____/____
MM DD YYYY

বিভাগ 2: শেয়ার করার জন্য নিম্নলিখিত তথ্যের অবগত, লিখিত অভিভাবকীয়/আইনি অভিভাবকের সম্মতি প্রয়োজন:

অবগত লিখিত অভিভাবকীয়/আইনি অভিভাবকের সম্মতি প্রয়োজন

রেফারেল সোর্স নিশ্চিত করে যে তারা নিম্নলিখিত তথ্য এবং যেকোনো সংযুক্ত নথি অন্তর্ভুক্ত করার জন্য লিখিত অভিভাবকীয় সম্মতি জানিয়েছে।

রেফারেল সোর্সের স্বাক্ষর: _____

রেফারেল কারণ অতিরিক্ত তথ্য:

বিকাশজনিত উদ্বেগ সম্পর্কিত অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করুন। যেকোনো পরীক্ষা অন্তর্ভুক্ত করুন যা সম্পন্ন হয়েছে এবং এক বা একাধিক বিকাশজনিত ক্ষেত্রে শিশুটির কার্যকারিতা যা একটি বিকাশজনিত বিলম্ব তৈরি করতে পারে যা EIP-এর জন্য শিশুটির যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করতে পারে।

অনুগ্রহ করে সমস্ত কার্যকরী ক্ষেত্র পরীক্ষা করুন যেখানে শিশুটি বিলম্ব প্রদর্শিত হচ্ছে (প্রাসঙ্গিক মন্তব্যগুলি অন্তর্ভুক্ত করুন বা নথি সংযুক্ত থাকলে নোট করুন):

- অভিমোজিত: _____
- জ্ঞানসম্বন্ধীয়: _____
- যোগাযোগ: _____
- শারীরিক (স্কুল এবং সূক্ষ্ম মোটর দক্ষতা এবং দৃষ্টি, শ্রবণ, ওরাল মোটর ফিডিং এবং খাবার গেলার ক্ষেত্রে সমস্যাগুলি অন্তর্ভুক্ত):

সামাজিক-আবেগজনিত: _____

নথি সংযুক্ত রয়েছে: _____

নির্ধারিত অবস্থা(সমূহ) (ডায়াগনোসিস অন্তর্ভুক্ত /বিভিন্ন রোগের আন্তর্জাতিক শ্রেণীবিভাগ (International Classification of Diseases, ICD-10)-এর কোডসমূহ):

অতিরিক্ত রেফারেল বিশদসমূহ: _____

বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: ____/____/____

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন: যদি পূরণযোগ্য রেফারেল ফর্মে সন্তানের রেকর্ড/রিপোর্ট সংযুক্ত করার জন্য সম্মতির জন্য পিতা-মাতা/আইনগত অভিভাবকের ইলেকট্রনিক স্বাক্ষর থাকে, সেই স্বাক্ষরটিতে একটি বৈদ্যুতিন স্বাক্ষর বেধতা চিহ্নিতকারীও অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে (Adobe Acrobat, DocuSign ইত্যাদি অ্যাপ্লিকেশনের মাধ্যমে উপলব্ধ) এতে ফর্মে স্বাক্ষরের তারিখ এবং সময় অন্তর্ভুক্ত থাকে। যদি সেই সুরক্ষা উপলভ্য না থাকে এবং ধারা 2-এর জন্য পিতামাতা/আইনগত অভিভাবকের স্বাক্ষরের প্রয়োজন হয়, তাহলে রেফারেল ফর্মটি অবশ্যই **প্রিন্ট করা** হবে যাতে পিতা-মাতা/আইন অভিভাবক কাগজের অনুলিপিতে সম্মতির জন্য স্বাক্ষর করতে পারেন।

অভিভাবকের অবহিত লিখিত সম্মতি সহ, অনুগ্রহ করে রেকর্ড বা প্রতিবেদন সংযুক্ত করুন যা আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণে সহায়তা করবে।

Office Use Only

FOR OFFICE USE ONLY

Date Referral Received: ____/____/____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____

ISC Agency and Phone: (____) _____- _____ Date of ISC Assignment: ____/____/____

Data Entry Date: ____/____/____ Due Date for IFSP: ____/____/____

*অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করার সময় নির্দেশাবলী দেখুন। ফর্মটি মেল করা যেতে পারে, ফ্যাক্স করা যেতে পারে বা শিশুর আবাসিক কাউন্টি/পৌরসভার আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামে পাঠানো যেতে পারে।

রেফারেলের জন্য বয়সের প্রয়োজনীয়তা:

আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম (Early Intervention Program, EIP)-এর জন্য রেফারেলগুলি 3 বছরের কম বয়সী শিশুদের জন্য করা উচিত। যদি কোনো শিশুকে তার তৃতীয় জন্মদিন থেকে 45 দিনের কম সময়ের মধ্যে রেফার করা হয় এবং শিক্ষা আইন (Education Law)-এর 4410 ধারার অধীনে পরিষেবার জন্য সম্ভাব্য যোগ্য হয়, তাহলে আর্লি ইন্টারভেনশন অফিশিয়াল (Early Intervention Official, EIO), লিখিত অভিভাবকীয় সম্মতিতে, শিশুটিকে, যেখানে সে থাকে, সেই স্থানীয় স্কুল জেলায় প্রিস্কুল বিশেষ শিক্ষা কমিটি (Committee on Preschool Special Education, CPSE)-এর কাছে পাঠাবে। EIO-কে তাদের তৃতীয় জন্মদিনের 45 দিনের মধ্যে উল্লেখ করা কোনো শিশুর জন্য একটি মূল্যায়ন, অ্যাসেসমেন্ট, বা একটি প্রাথমিক স্বতন্ত্র পরিবার পরিষেবা পরিকল্পনা (Individualized Family Service Plan, IFSP) সভা পরিচালনা করার প্রয়োজন নেই।

বিভাগ 1:

ক্ষেত্রসমূহ যা স্থানীয় EIP-তে রেফারেল করার সময় অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে। রেফারেল ফর্ম কেবল বিভাগ 1-এর তথ্য সহ বিভাগ 1 পূরণ করার পরে জমা দেওয়া যেতে পারে। বিভাগ 1-এ তথ্য জমা দেওয়ার জন্য অভিভাবকীয় সম্মতির প্রয়োজন নেই। অভিভাবকদের অবশ্যই উল্লেখ করার অভিপ্রায় সম্পর্কে অবহিত করতে হবে এবং যদি কোনো অভিভাবক আপত্তি করেন, তাহলে রেফারেল করা যাবে না।

পরিশিষ্ট 1 দেখুন: বাবা-মা/আইনি অভিভাবক রেফারেল করতে আপত্তি করলে কী করবেন

অনুগ্রহ করে সুস্পষ্টভাবে লিখুন বা সমস্ত রেফারেল তথ্য টাইপ করুন।

শিশুটির বসবাসের কাউন্টি:

শিশুটি যে কাউন্টিতে থাকে তা লিখুন। এটি সেই কাউন্টি হবে যেখানে EIP রেফারেল পাঠানো হয়।

রেফারেলের তারিখ:

এটি সেই তারিখ যে রেফারেল সোর্স স্থানীয় EIP-তে রেফারেল জমা দিচ্ছে। এটি গুরুত্বপূর্ণ যে রেফারেল তারিখটি সঠিক।

শিশুটির তথ্য

শিশুটির নাম:

প্রদত্ত স্থানগুলিতে শিশুর পুরো নাম অন্তর্ভুক্ত করুন (শিশুর পদবী, শিশুর নাম এবং শিশুর মধ্য নাম)। অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে শিশুর নামের বানান সঠিক। ডাকনাম ব্যবহার করবেন না।

জন্ম তারিখ:

সন্তানের জন্ম তারিখ ফর্ম্যাট MM/DD/YYYY।

শিশু এবং বাব-মা/আইনি অভিভাবকের প্রভাবশালী ভাষা বা যোগাযোগের পদ্ধতি:

শিশু এবং বাব-মা/আইনি অভিভাবকের প্রভাবশালী ভাষা বা যোগাযোগের পদ্ধতি লিখুন।

লিঙ্গ:

শিশুটির লিঙ্গ (পুরুষ বা মহিলা) নির্দেশ করে বক্সটি চেক করুন।

শিশুর ঠিকানা:

শিশুটির সম্পূর্ণ ঠিকানা (যেকোনো অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর সহ), শহর এবং জিপ কোড + 4 অন্তর্ভুক্ত করুন।

জাতিগত পরিচয় এবং জাতি:

প্রতিটি বিভাগের জন্য উপযুক্ত বক্স চেক করুন। একটি শিশুর জন্য একাধিক পরিচয় নির্বাচন করা যেতে পারে।

রেফারেলের কারণ:

এই বিভাগে, আপনি EIP-তে রেফারেল করার কারণ নির্বাচন করবেন। এটি গুরুত্বপূর্ণ যে আপনি কেবল একটি কারণ নির্বাচন করুন।

1. প্রতিবন্ধকতা থাকার সন্দেহ:

রেফারেল সোর্স সন্দেহ করে যে রেফার করা শিশুটির বিকাশের এক বা একাধিক কার্যকরী ক্ষেত্রে অক্ষমতা/বিকাশজনিত বিলম্ব রয়েছে (অভিযোজিত, জ্ঞানীয়, যোগাযোগ, শারীরিক (দৃষ্টি, শ্রবণ, ওরাল মোটর ফিডিং এবং গিলে ফেলার ক্ষেত্রে সমস্যা সহ), এবং সামাজিক-মানসিক)। অক্ষমতা আছে (বিকাশজনিত বিলম্ব সহ) এমন সন্দেহ করা শিশুদের জন্য রেফারেলগুলি নিম্নলিখিতগুলির উপর ভিত্তি করে করা হবে:

- একটি উন্নয়নমূলক স্ক্রিনিং বা ডায়াগনস্টিক পদ্ধতি(গুলি), প্রত্যক্ষ অভিজ্ঞতা, পর্যবেক্ষণ, এবং শিশুর বিকাশের অগ্রগতির উপলব্ধি ফলাফল;
- একজন অভিভাবক দ্বারা প্রদত্ত তথ্য যা একটি বিকাশজনিত বিলম্ব বা অক্ষমতা নির্দেশ করে;
- অথবা একজন অভিভাবকের অনুরোধ যে এই ধরনের রেফারেল করা হবে।

দ্রষ্টব্য: যে শিশুরা হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার আগে তাদের ইনপেশেন্ট নিউবর্ন হিয়ারিং স্ক্রিনিং পাস করেনি এবং যেকোনো বহিরাগত শিশুর শ্রবণশক্তি স্ক্রিনিং ব্যর্থ হয়েছে তাদের প্রতিবন্ধী হওয়ার সন্দেহে EIP-তে রেফার করা হয়, যাতে একটি রিস্ক্রিনিং বা একটি নিশ্চিতকরণ (ডায়াগনস্টিক) শ্রবণ পরীক্ষা অডিওলজিস্টের বিবেচনার ভিত্তিতে সম্পন্ন হয়। শ্রবণশক্তি হারিয়েছে বলে সন্দেহ করা একটি শিশুর 3 মাস বয়সের আগে একটি ডায়াগনস্টিক অডিওলজিক্যাল মূল্যায়ন করা উচিত।

2. নিশ্চিত অক্ষমতা:

শিশুকে EIP-তে রেফার করা হচ্ছে কারণ তাদের একটি শারীরিক বা মানসিক অবস্থার নির্ণয় করা হয়েছে যার ফলে বিকাশে বিলম্ব হওয়ার উচ্চ সম্ভাবনা রয়েছে।

পরিশিষ্ট 2 দেখুন: বিকাশজনিত বিলম্বের উচ্চ সম্ভাবনা সহ শারীরিক ও মানসিক অবস্থা নির্ণয় করা হয়েছে

ডেভেলপমেন্টাল মনিটরিং (চাইল্ড ফাইল্ড সিস্টেম)

3. ঝুঁকিতে:

শিশুটির কোনো ডায়াগোনজড অক্ষমতা নেই এবং রেফারেল সোর্স সন্দেহ করে না যে শিশুটির বর্তমানে একটি অক্ষমতা রয়েছে। শিশুটিকে

ডেভেলপমেন্টাল মনিটরিং জন্য রেফার করা হচ্ছে কারণ শিশুটির একটি প্রতিবন্ধকতা থাকার ঝুঁকি আছে।

পরিশিষ্ট 3 দেখুন: অক্ষমতার ঝুঁকিতে থাকা শিশুদের রেফারেল নিম্নলিখিত চিকিৎসাজনিত/বায়োলজিক্যাল বা শৈশবকালীন ঝুঁকির মানদণ্ডের উপর ভিত্তি করে করা হবে

- শিশু নির্যাতন প্রতিরোধ ও চিকিৎসা আইন (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA) রেফারেল: যেসব শিশুকে ফেডারেল CAPTA-এর অধীনে EIP-এ রেফার করা হয়েছে, যাদের বিলম্বের সন্দেহ নেই বা বিলম্বের উচ্চ সম্ভাবনা সহ একটি রোগ নির্ণয় করা হয়েছে, তাদের ঝুঁকিসম্পন্ন বলা হবে।

4. নিউবর্ন হিয়ারিং স্ক্রিনিং ব্যর্থ হওয়ার কারণে ঝুঁকি:

শিশুরা যদি আর্লি হিয়ারিং ডিটেকশন অ্যান্ড ইন্টারভেনশন (Early Hearing Detection and Intervention, EHDI) প্রোগ্রামের অধীনে তাদের নিউবর্ন হিয়ারিং স্ক্রিনিং পাস না করে এবং সময়মতো প্রয়োজনীয় ফলো-আপ না করে অথবা ডকুমেন্টেশন অনুপস্থিত থাকে তবে শিশুদেরও ঝুঁকিপূর্ণ বিভাগে উল্লেখ করা হয়।

রেফারেল উৎসের তথ্য

রেফারেল সোর্স:

- যে ব্যক্তি রেফারেল করছে তার জন্য যোগাযোগের তথ্য।
- প্রদত্ত স্পেসগুলিতে নাম এবং পদবী।
- ব্যক্তি যদি কোনো এজেন্সির হয়ে কাজ করে তাহলে এজেন্সি বা ফেমিলিটিকে অন্তর্ভুক্ত করুন।
- ঠিকানা অন্তর্ভুক্ত করুন।
- একটি ফোন নম্বর (এক্সটেনশন সহ) এবং ফ্যাক্স নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন যেখানে প্রয়োজনে রেফারেল সোর্সে পৌঁছানো যেতে পারে।
- প্রয়োজন হলে রেফারেল সোর্সে পৌঁছানোর জন্য ব্যবহার করা ইমেল অন্তর্ভুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, সুরক্ষিত স্বাস্থ্য তথ্য (protected health information, PHI) ইমেল চিঠিপত্রে অন্তর্ভুক্ত করা উচিত নয়। **অতিরিক্ত প্রাথমিক হস্তক্ষেপ প্রোগ্রাম (EIP) রেফারেল তথ্যে প্রিয় সহকর্মী চিঠি - ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তকরণযোগ্য তথ্য বিনিময়ের জন্য ই-মেইল ব্যবহার করার জন্য অভিভাবকীয় সম্মতির বিষয়ে প্রাথমিক হস্তক্ষেপ প্রদানকারীদের স্পষ্টীকরণ, সংক্রান্ত আরও তথ্য দেখুন।**

সমস্ত প্রাথমিক রেফারেল সোর্সের জন্য পরিশিষ্ট 4 দেখুন

রেফারেল সোর্সের প্রকার: (শুধুমাত্র একটি নির্বাচন করুন) যা নীচের তালিকা থেকে সবচেয়ে ভালো মানায়

- বাবা-মা/আইনি অভিভাবক
 - বাবা-মা
 - বন্ধু/আত্মীয় (নির্দিষ্ট করুন) যদি ব্যক্তিটি আইনি অভিভাবক হয়
- অন্যান্য পারিবারিক সদস্য (নির্দিষ্ট করুন)
 - বন্ধু/আত্মীয় (নির্দিষ্ট করুন) যদি না হয় আইনি অভিভাবক
- শিশুর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী
 - চিকিৎসক/শিশুরোগ বিশেষজ্ঞ
- হাসপাতাল বা ক্লিনিক
 - হাসপাতাল
 - স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী
 - নবজাতকের শ্রবণ স্ক্রীনিং
 - সাধারণ/কমিউনিটি স্বাস্থ্য সুবিধাসমূহ (স্থানীয় স্বাস্থ্য দপ্তরে অবস্থিত ক্লিনিক)
- কমিউনিটি প্রোগ্রাম/EIP প্রদানকারী
 - চাইল্ড ফাইন্ড
 - ডে কেয়ার প্রদানকারী
 - EIP প্রদানকারী
 - হেড স্টার্ট প্রোগ্রাম
 - ইন-হাউজ/মিউনিসিপ্যালিটি কর্মচারী
 - স্কুল ডিস্ট্রিক্ট AKA স্থানীয় শিক্ষা সংস্থা
 - স্ক্রিনিং এবং মনিটরিং (ঝুঁকিসম্পন্ন)
- অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)
 - বন্ধু / আত্মীয় (নির্দিষ্ট করুন) যদি বন্ধু হয়
 - সমাজ সেবামূলক সংস্থা
 - অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)

বাবা-মা/আইনি অভিভাবক তথ্য:

বাবা-মা/আইনি অভিভাবক তথ্য:

- অনুগ্রহ করে সম্পূর্ণভাবে তথ্য পূরণ করুন।
- অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে অন্ততপক্ষে একজন অভিভাবকীয়/আইনি অভিভাবকের যোগাযোগের তথ্য অন্তর্ভুক্ত হয়েছে এবং সম্পূর্ণভাবে পূরণ করা হয়েছে।
- প্রদত্ত স্পেসে প্রত্যেক বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের পদবী এবং নাম, সেইসাথে বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের সাথে যোগাযোগ করা যেতে পারে এমন ঠিকানা এবং ফোন নম্বরগুলি অন্তর্ভুক্ত করুন।
- প্রয়োজ্য হলে, সন্তানের সাথে অভিভাবকীয় সম্পর্কযুক্ত ব্যক্তিকে অন্তর্ভুক্ত করুন।

পরিচর্যাকারী/বিকল্প যোগাযোগের নাম:

যখন প্রয়োজন এবং প্রয়োজ্য, অন্য একজন ব্যক্তির নাম এবং যোগাযোগের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন যার মাধ্যমে অভিভাবকের সাথে যোগাযোগ করা যেতে পারে।

শিশুটির সাথে সম্পর্ক:

শিশুটির সাথে এই ব্যক্তির সঠিক সম্পর্কের জন্য বক্সটি চেক করুন।

শিশুটির নাম:

শিশুটির পুরো নাম অন্তর্ভুক্ত করুন (শিশুর শেষ নাম এবং শিশুর প্রথম নাম)। ডাকনাম ব্যবহার করবেন না।

শিশুটির জন্ম তারিখ:

সন্তানের জন্ম তারিখ ফর্ম্যাট MM/DD/YYYY।

বিভাগ 2:

এই বিভাগটি কেবল তখনই সম্পূর্ণ করা যেতে পারে, এবং তথ্য জমা দেওয়া যেতে পারে, যদি বাবা-মা/আইনি অভিভাবক এই তথ্য অন্তর্ভুক্ত করার জন্য লিখিত সম্মতি প্রদান করেন।

এই রেফারেল ফর্মের বিভাগ 2-এ তথ্য অন্তর্ভুক্ত করার জন্য আপনি যে লিখিত অভিভাবকীয় সম্মতি পেয়েছেন তা প্রমাণ করার জন্য বক্সটি চেক করুন এবং স্বাক্ষর করুন এবং যেকোনো অতিরিক্ত চিকিৎসা বা অন্যান্য রেকর্ড সংযুক্ত করুন যা EIP এর জন্য সন্তানের যোগ্যতা নির্ধারণ করতে ব্যবহার করা যেতে পারে।

নির্বাচিত মূল্যায়ন সংস্থা প্রয়োজনীয় মূল্যায়নের ধরন নির্ধারণ করতে রেফারেল তথ্য এবং যেকোনো সংযুক্ত মেডিকেল রেকর্ড ব্যবহার করবে। এটি গুরুত্বপূর্ণ যে এই রেফারেলের সাথে ব্যাপক তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে (লিখিত অভিভাবকীয়/আইনি অভিভাবকের সম্মতিতে)। EIP-এর জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য একটি ব্যাপক ক্লিনিং, এবং/অথবা বহুবিভাগীয় মূল্যায়ন (MDE), বা পরীক্ষা প্রয়োজন কিনা তা মূল্যায়ন সংস্থা নির্ধারণ করবে।

রেফারেল কারণ সম্বন্ধীয় অতিরিক্ত তথ্য:

এই বিভাগে শিশু সম্পর্কে সংগৃহীত যেকোনো তথ্য রয়েছে যা শিশুটিকে EIP-তে রেফার করার কারণকে সমর্থন করে।

বিকাশজনিত উদ্বিগ্ন (যেকোনো পরীক্ষা সম্পন্ন করা হয়েছে) এবং এক বা একাধিক বিকাশজনিত ক্ষেত্রে শিশুর কার্যকারিতা সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করুন যা একটি বিকাশজনিত বিলম্ব তৈরি করতে পারে যা EIP-এর জন্য শিশুর যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করতে পারে।

কার্যকর এলাকা:

কার্যকরী এলাকা(গুলি) নির্বাচন করুন যা রেফারেল সোর্স সনাক্ত করেছে যে শিশুটি একটি বিকাশজনিত বিলম্ব প্রদর্শন করেছে।

- অভিযোজিত
- জ্ঞানসম্বন্ধীয়
- যোগাযোগ
- শারীরিক (স্কুল এবং সূক্ষ্ম মোটর দক্ষতা এবং দৃষ্টি, শ্রবণ, ওরাল মোটর ফিডিং এবং খাবার গেলার ক্ষেত্রে সমস্যাগুলি অন্তর্ভুক্ত)
- সামাজিক-আবেগজনিত

চিহ্নিত বিলম্ব সম্পর্কিত কোনো মন্তব্য অন্তর্ভুক্ত করুন বা নোট করুন যে নথিটি সংযুক্ত করা হয়েছে।

নির্ণয়কৃত অবস্থা(গুলি) এবং রোগের আন্তর্জাতিক শ্রেণিবিন্যাস (ICD-10) কোড:

রেফারেল সোর্সের শিশুর নির্ণয়কৃত অবস্থা উল্লেখ করা উচিত এবং রোগের আন্তর্জাতিক শ্রেণিবিন্যাস (International Classification of Diseases, ICD-10) ডায়াগনসিস কোড অন্তর্ভুক্ত করতে হবে যা শিশুর জন্য উপযুক্ত। রেফারেল ফর্মে একাধিক নির্ণয়কৃত অবস্থা এবং ICD-10 কোড অন্তর্ভুক্ত করা যেতে পারে।

পরিশিষ্ট 5 দেখুন

দ্রষ্টব্য: প্রাথমিক রেফারেল সোর্সটি একটি শিশুর অভিভাবককে এমন একটি রোগ নির্ণয় করা অবস্থায় জানানোর জন্য দায়ী যার ফলে বিকাশজনিত বিলম্ব হওয়ার উচ্চ সম্ভাবনা রয়েছে, বা নিম্নলিখিতগুলির EIP যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ একটি নির্ণয় বিকাশজনিত বিলম্ব রয়েছে:

1. EIP-এর জন্য যোগ্যতা একটি মাল্টিডিসিপ্লিনারি মূল্যায়ন (multidisciplinary evaluation, MDE) দ্বারা নির্ধারিত হয়।
2. প্রাথমিক রেফারেল সোর্সের জন্য লিখিত সম্মতি প্রদানের গুরুত্ব হল যাতে নির্ণয় সমর্থন করার জন্য প্রয়োজনীয় রেকর্ড বা রিপোর্ট প্রেরণ করা হয়, বা, শিশুদের বাবা-মা বা অভিভাবকদের জন্য কার্যক্রম যাদের কোনো রোগ নির্ণয় করা অবস্থা নেই, এমন রেকর্ড বা রিপোর্ট যা প্রতিবেদনের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণে সহায়তা করবে।

বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের লিখিত সম্মতিতে অবহিত:

EIP-এর জন্য শিশুর যোগ্যতা নির্ধারণে সহায়তা করবে এমন কোনো চিকিৎসা বা অন্যান্য রেকর্ড/রিপোর্ট সংযুক্ত করুন।

বাবা-মা/আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর এবং তারিখ:

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন: যদি পূরণযোগ্য রেফারেল ফর্মে সন্তানের রেকর্ড/রিপোর্ট সংযুক্ত করার জন্য সম্মতির জন্য পিতা-মাতা/আইনগত অভিভাবকের ইলেকট্রনিক স্বাক্ষর থাকে, সেই স্বাক্ষরটিতে একটি বৈদ্যুতিন স্বাক্ষর বৈধতা চিহ্নিতকারীও অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে (Adobe Acrobat, DocuSign ইত্যাদি অ্যাপ্লিকেশনের মাধ্যমে উপলব্ধ) এতে ফর্মে স্বাক্ষরের তারিখ এবং সময় অন্তর্ভুক্ত থাকে। যদি সেই সুরক্ষা উপলভ্য না থাকে এবং ধারা 2-এর জন্য পিতামাতা/আইনগত অভিভাবকের স্বাক্ষরের প্রয়োজন হয়, তাহলে রেফারেল ফর্মটি অবশ্যই প্রিন্ট করা হবে যাতে পিতা-মাতা/আইন অভিভাবক কাগজের অনুলিপিতে সম্মতির জন্য স্বাক্ষর করতে পারেন।

এটি তাদের সন্তানের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য EIP-তে প্রেরণ করার জন্য পিতামাতা/আইনগত অভিভাবকের অবহিত লিখিত সম্মতি নির্দেশ করে।

FOR OFFICE USE ONLY:

এই বিভাগটি গ্রহণকারী কাউন্টি দ্বারা সম্পন্ন হয়।

অতিরিক্ত আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম (Early Intervention Program, EIP) রেফারেল তথ্য/সম্পদ:

নিউ ইয়র্ক স্টেট রেগুলেশন অ্যান্ড পাবলিক হেলথ ল আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম রেফারেল সম্পর্কিত: জনস্বাস্থ্য আইনের 25 ধারার শিরোনাম II-A: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> এবং 10 NYCRR ধারা 69- 4.3: রেফারেল: <https://regs.health.ny.gov/book/export/html/48709>

প্রিয় সহকর্মীর চিঠি - ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তযোগ্য তথ্য বিনিময়ের জন্য ই-মেইল ব্যবহার করার জন্য অভিভাবক সম্মতির বিষয়ে প্রাথমিক হস্তক্ষেপ প্রদানকারীদের স্পষ্টীকরণ:

এই নথিতে EIP-এ ই-মেইল ব্যবহারের তথ্য রয়েছে: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

আর্লি ইন্টারভেনশন মোমোবেন্ডাম 94-3: প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ প্রোগ্রামের জন্য রেফারেল পদ্ধতিগুলি পুনরায় জারি করা হয়েছে< MM/YYYY>।

এই নথিতে রেফারেল তৈরির বিষয়ে নির্দিষ্ট তথ্য রয়েছে: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

কোথায় রেফারেল পাঠাতে হবে:

শিশুটি বর্তমানে যে কাউন্টিতে থাকে সেখানে আর্লি ইন্টারভেনশন অফিসিয়ালের (Early Intervention Official, EIO) কাছে রেফারেল অবশ্যই পাঠাতে হবে। প্রাথমিক রেফারেল উৎসগুলি মার্কিন মেইল বা ফ্যাক্সের মাধ্যমে রেফারেল প্রেরণ করতে পারে। পৌরসভা/কাউন্টি পরিচিতির একটি তালিকা এখানে পাওয়া যাবে: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম সম্পর্কে পিতামাতার জন্য তথ্য:

অভিভাবকদের জন্য আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের তথ্য নিউ ইয়র্ক স্টেট (New York State, NYS) ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম ওয়েবসাইটে অবস্থিত: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

নিম্নলিখিত রোশিওরগুলি NYS-এর বাসিন্দাদের জন্য বিনামূল্যে পাওয়া যায়:

প্রাথমিক সাহায্য একটি পার্থক্য তৈরি করে! (রোশিওর যা জন্ম থেকে তিন বছর বয়স পর্যন্ত শিশুদের জন্য বিকাশজনিত মাইলফলকগুলিকে হাইলাইট করে)

প্রাথমিক হস্তক্ষেপের পদক্ষেপ: প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ প্রোগ্রামের জন্য একটি অভিভাবকীয় প্রাথমিক নির্দেশিকা (এই পুস্তিকাটি প্রাথমিক হস্তক্ষেপ কর্মসূচির বর্ণনা করে)

নবজাতকের শ্রবণ স্ক্রিনিং রোশার:

- আপনার বাচ্চা কি শুনতে পাচ্ছে?
- আপনার শিশু হিয়ারিং স্ক্রিনিং পাস করেছে
- আপনার শিশুর আরেকটি স্ক্রিনিং প্রয়োজন

ক্লিনিকাল প্র্যাকটিস নির্দেশিকা (নিউ ইয়র্ক স্টেট নির্দেশিকা বৈজ্ঞানিক প্রমাণ এবং কার্যকরী অনুশীলনের বিষয়ে বিশেষজ্ঞ ক্লিনিকাল মতামতের উপর ভিত্তি করে সুপারিশ প্রদান করে):

- অটিজম/পারভাসিভ ডেভেলপমেন্টাল ডিসঅর্ডার- ছোট শিশুদের জন্য মূল্যায়ন এবং ইন্টারভেনশন (বয়স 0-3 বছর)
- কমিউনিকেশন ডিসঅর্ডার- ছোট শিশুদের জন্য মূল্যায়ন এবং ইন্টারভেনশন (বয়স 0-3 বছর)
- ডাউন সিনড্রোম- ছোট শিশুদের জন্য মূল্যায়ন এবং ইন্টারভেনশন (বয়স 0-3 বছর)
- শ্রবণশক্তি হ্রাস- ছোট শিশুদের জন্য মূল্যায়ন এবং ইন্টারভেনশন (বয়স 0-3 বছর)
- মোটর ডিসঅর্ডার- ছোট শিশুদের জন্য মূল্যায়ন এবং ইন্টারভেনশন (বয়স 0-3 বছর)
- দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতা- ছোট শিশুদের জন্য মূল্যায়ন এবং ইন্টারভেনশন (বয়স 0-3 বছর)

নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য দপ্তর (New York State Department of Health, NYSDOH) আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রাম (Early Intervention Program, EIP) ওয়েবসাইটে এই সম্পদগুলি ইলেকট্রনিকভাবে পাওয়া যায়। এই রিসোর্সগুলি NYS DOH বিতরণ কেন্দ্রের মাধ্যমে নিউ ইয়র্কের বাসিন্দাদের বিনামূল্যে অর্ডার করা যেতে পারে। অর্ডার ফর্মটি NYSDOHEIP ওয়েবসাইটে বা নিম্নলিখিত লিঙ্কের মাধ্যমে অ্যাক্সেস করা যেতে পারে: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

পরিশিষ্ট

পরিশিষ্ট 1

বাবা-মা/আইনি অভিভাবক রেফারেল করতে আপত্তি করলে কী করবেন

প্রাথমিক রেফারেল উৎস:

- প্রাথমিক রেফারেল সোর্স দ্বারা গৃহীত রেফারেল এবং ফলো-আপ পদক্ষেপের প্রতি অভিভাবকের আপত্তির লিখিত ডকুমেন্টেশন বজায় রাখবে;
- অভিভাবককে প্রাথমিক হস্তক্ষেপ কর্মকর্তার (early intervention official, EIO) নাম এবং যোগাযোগের তথ্য প্রদান করুন যদি শিশুটি প্রতিবন্ধী হওয়ার সন্দেহ হয় বা শিশুটি ঝুঁকিতে থাকে;
- দুই মাসের মধ্যে, অভিভাবকের সাথে ফলো-আপ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত প্রচেষ্টা করুন এবং উপযুক্ত হলে, অভিভাবক আপত্তি না করলে শিশুটিকে EIP-এ পাঠান।

পরিশিষ্ট 2

নির্ধারিত বিকাশজনিত বিলম্বের উচ্চ সম্ভাবনা সহ শারীরিক এবং মানসিক অবস্থার অন্তর্ভুক্ত: (10 NYCRR 69-4.3(f))

- ক্রোমোসোমাল অস্বাভাবিকতা বিকাশগত বিলম্বের সাথে যুক্ত (যেমন, ডাউন সিনড্রোম)
- বিকাশে বিলম্বের সাথে যুক্ত সিন্ড্রোম এবং অবস্থা (যেমন, রুগ অ্যালকোহল সিন্ড্রোম)
- নিউরোমাসকুলার ডিসঅর্ডার (যেমন, সেরিব্রাল পালসি, স্পাইনা বিফিডা, মাইক্রোসেফালি বা ম্যাক্রোসেফালি সহ কেন্দ্রীয় স্নায়ু সিন্ড্রোমকে প্রভাবিত করে এমন কোনও ব্যাধি)
- মস্তিষ্কের ব্যাকটেরিয়া/ভাইরাল সংক্রমণ বা মাথা/মেরুদন্ডের আঘাতের পরে কেন্দ্রীয় স্নায়ুতন্ত্রের (central nervous system, CNS) অস্বাভাবিকতার ক্লিনিকাল প্রমাণ
- শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা (একটি নির্ণয় করা শ্রবণশক্তি যা চিকিৎসা বা অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে সংশোধন করা যায় না)
- দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতা (একটি নির্ণয়কৃত দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতা যা চিকিৎসার মাধ্যমে সংশোধন করা যায় না (চশমা বা কন্টাক্ট লেন্স বা সার্জারি সহ)
- নির্ণয় করা মানসিক অবস্থা (যেমন, শৈশব এবং শৈশবের প্রতিক্রিয়াশীল সংযুক্তি ব্যাধি)
- আবেগগত/আচরণগত ব্যাধি

পরিশিষ্ট 3

অক্ষমতার ঝুঁকিতে থাকা শিশুদের রেফারেল নিম্নলিখিত চিকিৎসা/জৈবিক বা শৈশবকালীন ঝুঁকির মানদণ্ডের ভিত্তিতে করা হবে:

নিওনেটাল ঝুঁকির মানদণ্ড	পোস্ট-নিওনেটাল পরবর্তী ঝুঁকির মানদণ্ড	অন্যান্য ঝুঁকির মানদণ্ড
<ul style="list-style-type: none">জন্মের সময় ওজন 1000-1501 গ্রামগর্ভকালীন বয়স 33 সপ্তাহের কমকেন্দ্রীয় স্নায়ুতন্ত্রের ক্ষতি বা অস্বাভাবিকতা (নবজাতকের খিঁচুনি, ইন্ড্রাক্রানিয়াল হেমোরাজ, 48 ঘণ্টার বেশি ভেন্টিলেটর সাপোর্টের প্রয়োজন, বার্থ ট্রমা সহ)জন্মগত বিকলাঙ্গতাঅ্যাসফিক্সিয়া (5 মিনিটে অ্যাপগার স্কোর 3 বা তার কম)পেশীর স্বরে অস্বাভাবিকতা (হাইপারটোনিসিটি বা হাইপোটোনিসিটি)হাইপারবিলিরুবিনেমিয়া (> 20mg/dl)হাইপোগ্লাইসেমিয়া (20 mg/dl-এর নিচে সিরাম গ্লুকোজ)বৃদ্ধির ঘাটতি/পুষ্টিজনিত সমস্যা (যেমন, গর্ভকালীন বয়সের জন্য ছোট; উল্লেখযোগ্য খাওয়ানোর সমস্যা)জন্মগত মেটাবলিক ডিসঅর্ডার (Inborn Metabolic Disorder, IMD) এর উপস্থিতিপ্রসবকালীন বা জন্মগতভাবে সংক্রমণ (যেমন, HIV, হেপাটাইটিস B, সিকিলিস)নিওনেটাল ইনটেনসিভ কেয়ার ইউনিট (Neonatal Intensive Care Unit, NICU)-এ 10 বা তার বেশি দিন হাসপাতালে ভর্তিমাতৃস্বকালীন অ্যালকোহল অপব্যবহারমাতৃগর্ভকালীন অবৈধ পদার্থের অপব্যবহারপরিচিত সম্ভাব্য বিকাশের প্রভাব সহ থেরাপিউটিক ওষুধের জন্মপূর্ব এক্সপোজার (যেমন, সাইকোট্রোপিক ওষুধ, অ্যান্টিবায়োটিকস, অ্যান্টিবায়োটিকস)মাতৃস্বকালীন PKUসিন্ড্রোমাল উপস্থাপনা বা প্রাথমিক নবজাতক শিশুর শ্রবণ স্ক্রীনিং ব্যর্থতা সহ পারিবারিক ইতিহাসের উপর ভিত্তি করে শ্রবণশক্তি হ্রাসের ঝুঁকি এবং শিশুর ফলো-আপ স্ক্রীনিং প্রয়োজন।অন্ধ বা গুরুতর দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতার কারণের পারিবারিক ইতিহাস সহ দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতার ঝুঁকিএকটি জেনেটিক সিন্ড্রোমের উপস্থিতি যা বিকাশগত বিলম্বের ঝুঁকি বাড়াতে পারে	<ul style="list-style-type: none">অভিভাবক বা পরিচর্যাকারী বিকাশজনিত অবস্থা সম্পর্কে উদ্বিগ্নকেন্দ্রীয় স্নায়ুতন্ত্রের বিকাশের জন্য প্রভাব সহ গুরুতর অসুস্থতা বা আঘাতজনিত আঘাত এবং 10 বা তার বেশি দিনের জন্য পেডিয়াট্রিক ইনটেনসিভ কেয়ার ইউনিটে হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজনউচ্চ শিরাস্থ রক্তের মাত্রা (15 mcg/dl বা তার উপরে)বৃদ্ধির ঘাটতি/পুষ্টিমূলক কর্মসূচি (যেমন, উল্লেখযোগ্য জৈব বা অজৈব ব্যর্থতা- উন্নয়ন, উল্লেখযোগ্য আয়রন-ঘাটতি রক্তাক্ততাদীর্ঘস্থায়ী বা গুরুতর ওটিটিস মিডিয়া (সর্বনিম্ন 3 মাসের জন্য ক্রমাগত)HIV সংক্রমণশিশু নির্যাতন বা দুর্ব্যবহার নির্দেশিত ক্ষেত্রে	<ul style="list-style-type: none">প্রসবপূর্ব যন্ত্র না থাকাজন্মপূর্ব বিকাশজনিত অক্ষমতা বা গুরুতর এবং ক্রমাগত মানসিক অসুস্থতা নির্ণয় করাঅভিভাবকীয় সাবস্ট্যান্স অপব্যবহার6 মাস বয়সের মধ্যে কোনো ভালো শিশু পরিচর্যা নেই বা টিকাদানে উল্লেখযোগ্য বিলম্বপ্রাথমিক রেফারেল সোর্স দ্বারা চিহ্নিত অন্যান্য ঝুঁকির মানদণ্ড

পরিশিষ্ট 4

প্রাথমিক রেফারেল উৎস

নিম্নলিখিত প্রাথমিক রেফারেল উত্সগুলি, একটি শিশু বা শিশুকে সনাক্ত করার দুই কার্যদিবসের মধ্যে, যার বয়স তিন বছরের কম এবং তার প্রতিবন্ধী বা প্রতিবন্ধী হওয়ার ঝুঁকি রয়েছে বলে সন্দেহ করা হচ্ছে, এই জাতীয় শিশু বা ছোট বাচ্চাকে উল্লেখ করতে হবে পৌরসভা দ্বারা মনোনীত আধিকারিকদের কাছে, যদি না শিশুটিকে ইতিমধ্যেই রেফার করা হয় বা যদি না অভিভাবক বস্তু:

- সমস্ত ব্যক্তি যারা যোগ্য কর্মী যারা তাদের লাইসেন্স, সার্টিফিকেশন বা রেজিস্ট্রেশন দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণে পরিষেবা প্রদান করে
- সমস্ত অনুমোদিত মূল্যায়নকারী, পরিষেবা সমন্বয়কারী, এবং প্রাথমিক হস্তক্ষেপ পরিষেবা প্রদানকারী
- হাসপাতালসমূহ
- শিশু স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী
- ডেকোর প্রোগ্রাম
- স্থানীয় স্থানীয় ইউনিট (স্থানীয় স্বাস্থ্য দপ্তর)
- স্থানীয় স্কুল ডিস্ট্রিক্ট
- শিশু কল্যাণ ব্যবস্থায় সরকারী সংস্থা এবং কর্মীসহ স্থানীয় সমাজসেবা জেলাসমূহ
- সাধারণ স্বাস্থ্য সুবিধাসমূহ
- গার্হস্থ্য হিংসা আশ্রয়স্থল এবং এজেন্সিসমূহ
- গৃহহীন পরিবারের জন্য আশ্রয়স্থল
- সাধারণ স্বাস্থ্য আইনের (Public Health Law) ধারা 28, মানসিক সুস্থতা আইনের (Mental Hygiene Law) ধারা 16, বা মানসিক সুস্থতা আইনের (Mental Hygiene Law) ধারা 31-এর অধীনে অনুমোদিত যেকোনো ক্লিনিক অপারেটর

পরিশিষ্ট 5

আন্তর্জাতিক ডায়াগনোজড কন্ডিশন কোডসমূহ (International Diagnosed Conditions Codes, ICD-10 কোড) -এর একটি বর্তমান তালিকা এবং আর্লি ইন্টারভেনশন প্রোগ্রামের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণে ব্যবহারের জন্য বিকাশজনিত বিলম্ব হওয়ার উচ্চ সম্ভাবনাসহ একটি যোগ্য ডায়াগনোজড শর্ত হিসাবে তাদের মনো বজায় রাখা হয়েছে এবং স্টেট আর্লি ইন্টারভেনশন ডেটা সিস্টেম-এ হেলথ কমার্স সিস্টেম (Health Commerce System, HCS)-এ অ্যাক্সেস করা যেতে পারে।

যাদের HCS এবং স্টেট আর্লি ইন্টারভেনশন ডেটা সিস্টেমে অ্যাক্সেস নেই, তাদের জন্য এই তথ্য স্টেট ফিসকাল এজেন্ট (State Fiscal Agent)-এর (PCG) ওয়েবসাইটের মাধ্যমেও অ্যাক্সেস করা যেতে পারে: www.eibilling.com। ওয়েবসাইটের Knowledge Base ট্যাবে সার্চ ফিচার ব্যবহার করে ICD কোডের সাম্প্রতিক আপডেট করা তালিকা পাওয়া যাবে।