

শিক্ষার্থীর নাম: _____

শিক্ষার্থীর NYCID # _____

গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করার ফর্ম – এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিস ইউনিট

এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিস ইউনিটে অ্যাটর্নি ও নন-অ্যাটর্নি আইনজীবী কর্তৃক জমা দেওয়া সকল অনুরোধের ক্ষেত্রেই এই ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করা আবশ্যিক।

যে সকল পিতা-মাতা/ অভিভাবক নিজেরাই তাদের অনুরোধ জমা দিচ্ছেন তাদের নোটারি করা গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করার নথি জমা দিতে হবে না। উল্লেখ্য, যে অ্যাটর্নি ও নন-অ্যাটর্নি আইনজীবী কর্তৃক জমা দেওয়া সকল অনুরোধ যেগুলিতে এই ফর্মটি পূরণ করে, স্বাক্ষর করে, তারিখ দিয়ে ও নোটারি করে জমা দেওয়া হয়নি, সেগুলি বাতিল করা হবে।

আমি, IESP/ ইকুইটেবল সার্ভিসে অনুরোধ জানানোর জন্য _____-কে আমার সন্তান

_____ (জন্মতারিখ: ____/____/____) -এর হয়ে প্রতিনিধিত্ব করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিস ইউনিটকে উপরে উল্লেখিত ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করার এবং সেই ব্যক্তিকে এই অনুরোধের সাথে সংশ্লিষ্ট যে কোনও সামগ্রী গ্রহণ এবং দেখার অনুমতি দিচ্ছি। নিচে যে তারিখে স্বাক্ষর করা হয়েছে তা থেকে এক বছর পর্যন্ত এই অনুমোদন বৈধ থাকবে। উপরে উল্লেখিত শিক্ষার্থীর IESP পরিষেবা/এনহ্যান্সড রেট সার্ভিসে সহায়তা করার জন্য I _____ (নাম লিখুন বা টাইপ করুন) অনুরোধ জানিয়েছে। আমি এই অনুরোধ জমা দিয়ে স্বীকার করছি যে এই অনুরোধের সাথে সম্পর্কিত সমস্ত রেকর্ড নিউ ইয়র্ক সিটি পাবলিক স্কুল এবং/অথবা নিউ ইয়র্ক সিটির দ্বারা নিরীক্ষা সাপেক্ষ। মিথ্যা প্রমাণের শাস্তির অধীনে আমি শপথ করছি (বা নিশ্চিত করছি), উপরের সমস্ত তথ্য সত্য এবং নির্ভুল।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (অনুগ্রহ করে লিখুন)

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর ও তারিখ

বাড়ির ঠিকানা/অ্যাপ্ট নম্বর

সিটি, স্টেট, জিপ কোড

ফোন নম্বর

ইমেইল

স্টেট অভ নিউ ইয়র্ক

কাউন্টি _____

আমার সামনে _____ দিনে _____ বছরে _____ নিম্নস্বাক্ষরিত ব্যক্তিগতভাবে উপস্থিত হয়েছিলেন _____ যিনি আমার কাছে ব্যক্তিগতভাবে পরিচিত অথবা পর্যাপ্ত প্রমাণের ভিত্তিতে আমার কাছে প্রমাণিত হয়েছে যে সেই ব্যক্তি যার নাম অন্তর্নির্মিত নথিতে সদস্যভুক্ত এবং আমার কাছে স্বীকৃত যে সে/তিনি/তারা সে/তার/তাদের সামর্থ্য অনুযায়ী একই কাজ করেছে এবং সেইটি নথিতে সে/তার/তাদের স্বাক্ষর দ্বারা, সেই ব্যক্তি বা ব্যক্তি যার পক্ষে ব্যক্তিটি নথি নিষ্পন্ন করেছে।

নোটারি পাবলিক স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন (স্পষ্টভাবে লিখুন):

ডাক্তারের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: _____ ইমেল অ্যাড্রেস: _____

এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিসের অনুরোধের সাথে এই ফর্মটি জমা দিন

আপনার জমা দেওয়া গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করার ফর্মের আসল কপি আপনার কাছে রাখুন। NYCPS এটি পর্যালোচনা করার জন্য চাইতে পারে। এই হলফনামা ও গোপনীয়তা অগ্রাহ্য করা এক বছর পর্যন্ত বৈধ থাকে যদি না আপনি এনহ্যান্সড রেট ইকুইটেবল সার্ভিস ইউনিটে কোনো লিখিত বিজ্ঞপ্তি দিয়ে আপনার সম্মতি প্রত্যাহত করার ইচ্ছা জানিয়ে থাকেন।