

উন্নয়নশীল প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণের জন্য ট্রান্সমিটল

ও পি ডাবলু ডি ডি পরিষেবাদের যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য একজন ব্যক্তির ক্রমবর্ধমান অক্ষমতার যোগ্যতা যাচাই করা প্রয়োজন।

এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং আপনার স্থানীয় ডি ডি এস ও-তে জমা দিন। (পৃষ্ঠা 2 তে নির্দেশাবলী দেখুন)

22 বছর বয়সের পূর্বের অক্ষমতা প্রদর্শন করে এমন দলিল সংযুক্ত করা আবশ্যিক।

যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে অথবা এই ফর্মটি পূরণে সহায়তার প্রয়োজন হয় তবে আপনার স্থানীয় ডি ডি এস ও-র সাথে যোগাযোগ করুন।

টাইপ করুন অথবা স্পষ্টভাবে মুদ্রণ করুন। এই চিহ্ন * প্রয়োজনীয় তথ্য নির্দেশ করে।

বিভাগ 1: *ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য

*নাম:	ট্যাবস আইডি (যদি জানা থাকে):		*এসএস#:	
*জন্মতারিখ:	মেডিকেড #:	*বসবাসের দেশ:		*লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুং <input type="checkbox"/> স্ত্রী
*বাড়ীর ঠিকানা:		চিঠি পাঠানোর ঠিকানা (যদি পৃথক হয়):		
*শহর:	*রাজ্য:	*জিপি:	শহর:	রাজ্য: জিপি:
*ফোন:		*অন্যভাবে জানা যায়:		

*তথ্য পাঠান (যত খুশী মনে হয়):

- নিজস্ব- বাড়ী
- নিজস্ব:চিঠি পাঠানোর ঠিকানা
- অভিভাবক / অ্যাডভোকেট 1 (সম্পূর্ণ সেকশন 2 পি / এ 1 নাম ও ঠিকানা) **মনে রাখবেন:** অ্যাডভোকেট যদি বিভাগ 3 -এ এজেন্সি তালিকাভুক্ত হয় তাহলে 3 বা 4 চেক করবেন না।
- অভিভাবক / অ্যাডভোকেট 2 (সম্পূর্ণ সেকশন 2 পি / এ 2 নাম ও ঠিকানা)
- পি এ এস আর আর কো-অর্ডিনেটর

বিভাগ 2: অভিভাবক বা অ্যাডভোকেটের সাথে জড়িত - ঠিকানা ব্যবহার করুন যেখানে মেল পাওয়া গেছে। ঐচ্ছিক যতক্ষণ না 3 বা 4 উপরে চেক করা হচ্ছে।

পি/এসএস নাম:	পি/এসএস নাম:	
ঠিকানা:	ঠিকানা:	
শহর:	রাজ্য:	জিপি:
ফোন:	দেশ:	ফোন: দেশ:

বিভাগ 3: উল্লেখ্যকারী সংস্থার তথ্য (যদি প্রযোজ্য হয়) - সম্পন্ন হলে স্বয়ংক্রিয় ভাবে তথ্য গ্রহণ করে।

সংস্থার নাম:			
সংস্থার কোড (যদি জানা থাকে):	সংস্থার ঠিকানা:		
সংস্থার যোগাযোগ:			
ফোন:	শহর:	রাজ্য:	জিপি:

বিভাগ 4: যদি যোগ্য বিবেচিত হন যে পরিষেবা গুলি আপনি পেতে আগ্রহী সেগুলি দেখুন

<input type="checkbox"/> 1. উন্নয়ন গত অক্ষমতা শুধুমাত্র নির্ণয় করুন-কোনও সময়ে পরিষেবা গুলি অনুরোধ করা হয়নি।	<input type="checkbox"/> 3. রেম্পাইট সেন্টার	<input type="checkbox"/> 4. আবাসিক বাসস্থান
<input type="checkbox"/> 2. স্বতন্ত্রকৃত সহায়তা পরিষেবা (ISS)	<input type="checkbox"/> 6. অন্তর্ভুক্তি তত্ত্বাবধান সুবিধা (আই সি এফ)	<input type="checkbox"/> 7. দিনের বাসস্থান
<input type="checkbox"/> 5. কমিউনিটি হ্যাভিলিটেশন	<input type="checkbox"/> 10. সমর্থিত কাজ (এসইএমপি)	<input type="checkbox"/> 11. বাড়ীর যন্ত্র
<input type="checkbox"/> 8. দিনের চিকিৎসা	<input type="checkbox"/> 9. প্রাক-বৃত্তিমূলক সেবা	<input type="checkbox"/> 13. সি এস এস - একত্রীকৃত সহায়তা ও পরিষেবাদি
<input type="checkbox"/> 12. পারিবারিক শিক্ষা ও প্রশিক্ষণ	<input type="checkbox"/> 14. কেস ম্যানেজমেন্ট, যথা-এম এস সি	<input type="checkbox"/> 15. পরিবেশ পরিবর্তন যন্ত্রাদি
<input type="checkbox"/> 16. সূত্র 16 ক্লিনিক	<input type="checkbox"/> 17. অবকাশ	<input type="checkbox"/> 18. অন্যান্য পারিবারিক সমর্থন
<input type="checkbox"/> 19. পি এ এস আর আর স্বর দুই মূল্যায়ন	<input type="checkbox"/> 20. অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন) _____	

*সম্পূর্ণ করুন (নাম): _____ *তারিখ _____

পাঠযোগ্য ভাবে ছাপুন

*সম্পূর্ণ করেছেন: 1. নিজস্ব 2. অভিভাবক / অ্যাডভোকেট 3. সংস্থা 4. পি এ এস আর আর কো-অর্ডিনেটর

Following to be completed by DDRO Staff Only (নিম্নলিখিত শুধুমাত্র ডি ডি এস ও স্টাফ দ্বারা সম্পন্ন করা হবে):

Date Received by DDRO:	Intake Staff Name:	
Person's TABS ID #:	Date entered in TABS:	By (initials):

স্পষ্ট ফর্ম

**ওপি ডব্লু ডি ডি পরিষেবাদের জন্য যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য ট্রান্স মিটাল সম্পন্ন করার
নির্দেশাবলী
টাইপ করুন বা পরিষ্কারভাবে সব তথ্য মুদ্রণ করুন**

সাধারণ নির্দেশাবলী

এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং একজন ব্যক্তির উন্নয়নশীল অক্ষমতা এবং ও পি ডব্লু ডি ডি পরিষেবাদের যোগ্যতা যাচাই করতে আপনার স্থানীয় ডি ডি এস ও-তে জমা দিন। ২২ বছর বয়সের পূর্বে অক্ষমতা প্রদর্শনকারী দস্তাবেজগুলি ট্রান্সমিটালের সাথে যুক্ত করা আবশ্যিক। **ও পি ডব্লু ডি ডি পরিষেবার জন্য যোগ্যতা** নির্ধারণের জন্য ডি ডি এস ও-এর দস্তাবেজ গুলি সম্পর্কে তথ্য জানানো হবে যা ও পি ডব্লু ডি ডি ওয়েবসাইটে [<http://www.opwdd.ny.gov>] বা আপনার স্থানীয় ডি ডি এস ও থেকে উপলব্ধ।

বিস্তারিত নির্দেশাবলী:

ট্রান্স মিটালটি এমন ব্যক্তির দ্বারা সম্পন্ন করা যেতে পারে যে জানতে চায় যে তারাও পি ডব্লু ডি ডি পরিষেবাদি পাওয়ার যোগ্য কিনা, তাদের অভিভাবক বা অ্যাডভোকেট, বা ব্যক্তির সহায়তার জন্য সংস্থারকর্মী ব্যক্তিদের যোগ্য কিনা তা জানতে চায়।

বিভাগ ১***ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য 1.**

নাম: ব্যক্তির আইনসংগত নাম: পদবি, প্রথমনাম, মধ্যনাম
 ট্যাবস/আইডি: ব্যক্তিগত ট্যাবস সনাক্তকরণ নম্বর যদি নথি ভুক্ত নয়, তাহলে ফাঁকা রাখুন
 এসএস#: ব্যক্তিগত ৯ নম্বরের সামাজিক নিরাপত্তা সংখ্যা
 জন্মতারিখ: ব্যক্তির জন্মতারিখ, মাসে, দিন, বছর (মাস / দিন / বছর) বিন্যাস।
 মেডিকেল #: ব্যক্তির মেডিকেল নম্বর।
 আবাসনের কাউন্টি: ব্যক্তির বসবাসের কাউন্টি, যথা, কিংস, এসেক্স।
 লিঙ্গ: M বক্সে পুরুষের জন্য এবং F বক্সের পাশে স্ত্রীমূলের জন্য একটি X লিখুন।
 বাড়ির ঠিকানা: ব্যক্তির বর্তমান বাড়ির ঠিকানা।
 চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: রাস্তায় / অ্যাভিনিউ, অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর, শহর / শহর, রাজ্য এবং জিপকোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
 ফোন: এলাকার কোড সহ ব্যক্তির ফোন নম্বর।
 এই নামেও পরিচিত: সমস্ত নাম তালিকাভুক্ত করুন (আইনত নাম ছাড়া) যে নামে ব্যক্তিটি পরিচিত।
 তথ্য প্রেরণ করুন: ডাকনাম, প্রথমনাম, ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন।
 নির্ধারণ সংক্রান্ত তথ্য যেখান থেকে পাঠান হচ্ছে সেখানে এক্স চিহ্ন দিন। **অভিভাবক বা অ্যাডভোকেটকে (সেকশন 3-এ এজেন্সি ব্যতীত) ডি ডি এস ও থেকে তথ্য পাঠানো হয়, 3 এবং / অথবা 4 নম্বর বাক্সটি চেক করুন এবং বিভাগ 2 এর উপযুক্ত অংশগুলি পূরণ করুন।** ধারা 3 এর যে কোনো সংস্থা স্বয়ংক্রিয়ভাবে নির্ধারণ সম্পর্কিত তথ্য পাবেন।

বিভাগ 2**অভিভাবক বা অ্যাডভোকেটদের সাথে জড়িত- বিভাগটি ঐচ্ছিক যত্নস্বপ্ন না পর্যন্ত তথ্য প্রেরণের বাক্স 3 বা 4 চেক করা আছে।**

স্বতন্ত্র একজন অভিভাবক/ অ্যাডভোকেট প্রয়োজন হয়, তাহলে P/A1 নাম এবং ঠিকানা ব্যবহার করুন।

নাম: অভিভাবক বা উকিলের নাম: পদবি, প্রথম নাম, মধ্যম নাম
 বাড়ির ঠিকানা: অভিভাবক অথবা উকিলের বর্তমান বাড়ির ঠিকানা।
 চিঠিপাঠানোর ঠিকানা: রাস্তায় / অ্যাভিনিউ, অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর, শহর / শহর, রাজ্য এবং জিপকোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
 ফোন: ঠিকানা যেখানে অভিভাবক বা উকিল চিঠি পান, **যদি মূল ঠিকানা থেকে তা ভিন্ন হয়।** পি ও বক্স / রাস্তা / অ্যাভিনিউ, এপার্টমেন্ট#, শহর, রাষ্ট্র, এবং জিপকোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
 এলাকার কোড সহ অভিভাবক বা উকিলের ফোন নম্বর।

বিভাগ 3**উল্লেখকারী সংস্থার তথ্য (যদি প্রযোজ্য হয়)**

সংস্থার নাম: এজেন্সির সম্পূর্ণ নাম।
 এজেন্সি কোড: এজেন্সি ও পি ডব্লু ডি ডি সংস্থা কোড, যদি জানা থাকে।
 সংস্থার যোগাযোগ: যোগ্যতা নির্ধারণের বিষয়ে যে এজেন্সি কর্মীর সাথে যোগাযোগ করা হবে তার নাম।
 রাস্তার ঠিকানা: সেই ঠিকানা নির্দেশ করুন যেখানে এজেন্সি চিঠি পেতে পারে। পি ও বক্স / রাস্তার, শহর / শহর, এবং জিপ কোড অন্তর্ভুক্ত করুন।
 ফোন: এজেন্সি ফোন নম্বর এলাকা কোড এবং এক্সটেনশন সহ।

বিভাগ 4

উন্নয়নশীল অক্ষমতা নির্ধারণের জন্য বাক্স 1-এ একটি এক্স রাখুন। অথবা, **যদিও** পি ডব্লু ডি ডি পরিষেবাদের জন্য যোগ্য বিবেচিত হন তাহলে গ্রহণে আগ্রহী প্রতিটি পরিষেবার পাশের বাক্সে একটি এক্স রাখুন।
মলে রাখবেন: ট্রান্স মিটালটি সেবার জন্য আবেদন নয়।
 সম্পূর্ণ করেছেন: স্পর্শভাবে মিলি ফর্মটি পূরণ করেছেন তাঁর নাম এবং ফর্মটি সম্পন্ন হওয়ার তারিখটির যথাযথভাবে মুদ্রণ করুন।
 সম্পূর্ণকরেছেন: কে ফর্মটি পূরণ করেছেন তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাক্সে একটি এক্স রাখুন (ব্যক্তি / নিয়ন্ত্রক/অভিভাবক বা উকিল, এজেন্সি কর্মী, বা পি এ এস আর আর সমন্বয়কারী)।

আপনার স্থানীয় ডি ডি এস ও-এর কাছে পূরণ করা ফর্ম এবং প্রয়োজনীয় নথি জমা দিন।