SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT
Jaime Alicea, विद्यालयहरूको सुपरिवेक्षक

विद्यार्थी दर्ता विभाग

Akua A. Goodrich, निर्देशक

प्रिय आमाबाबु वा अभिभावकीय सम्बन्धमा व्यक्ति:

SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT तपाईंको रुचिको लागि धन्यवाद। कृपया तलको जानकारीका साथै संलग्न दर्ता फाराम भरेर उपलब्ध गराउनुहोस् ताकि हामीले तपाईंको बच्चालाई डिस्ट्रिक्टको स्कूलहरूमा भर्ना गर्न सकियोस्।

<u>बसोबासको प्रमाण:</u>

कृपया स्कूल डिस्ट्रिक्टमा तपाईंको र तपाईंको बच्चाको भौतिक उपस्थितिको प्रमाण पेश गर्नुहोस्। यो प्रमाणहरूमा निम्न कुरा हुन सक्नेछन्:

1) बसोबास लिज वा घरको स्वामित्व वा सहस्वामित्वको प्रमाणको एक प्रति, जस्तै धनीपूर्जा वा धितो विवरण;
2) तेस्रो पक्षको रुपमा रहेका भवन मालिक, स्वामित्वकर्ता वा भाडामा बस्ने व्यक्तिको बयान जसबाट अभिभावक वा अभिभावकको सम्बन्धमा रहेका व्यक्तिले लिजमा लिन्छन् वा जोसँग उनीहरूले डिस्ट्रिक्ट भित्र प्रोपर्टी साझेदारी गर्छन्, जुन प्रतिज्ञा गरिएको वा नगरिएको हुन सक्छ; वा
3) तेस्रो पक्षद्वारा यस्तै अन्य बयानहरू जसले अभिभावक वा अभिभावकको सम्बन्धमा रहेका व्यक्तिको डिस्ट्रिक्टमा भौतिक उपस्थिति स्थापित गर्दछ।

यदि माथि सूचीकृत कागजात उपलब्ध छैन भने, डिस्ट्रिक्टले अन्य स्वरूपको कागजातमा विचार गर्नेछ, जसमा देहायका लगायतका कुराहरू पर्दछन्:

- तलब पर्ची;
- आयकर फाराम;
- युटिलिटी वा अन्य बिलहरू;
- बसोबासमा आधारित सदस्यता कागजातहरू (जस्तै लाइब्रेरी कार्ड);
- मतदाता दर्तासम्बन्धी कागजात;
- आधिकारिक सवारीचालक अनुमति पत्र, सिकारु अनुमतिपत्र वा गैर-चालक परिचयपत्र;
- राज्य वा सरकारले जारी गरेका अन्य परिचय पत्र;
- संघीय, राज्य वा स्थानीय निकायहरू जारी गरेका दस्तावेजहरू (जस्तै स्थानीय सेवा निकाय, Federal Office of Refugee Resettlement); वा

बच्चाको संरक्षणको प्रमाण, न्यायिक संरक्षण आदेशहरू वा अभिभावकत्व सम्बन्धी कागजातहरू।

डिस्ट्रिक्टले अभिभावकलाई प्रतिज्ञापत्र पनि उपलब्ध गराउन लगाउन सक्छ, यसमा:

1) उनीहरू नै ती अभिभावक हुन् जोसँग बच्चा कानुनी रुपमा बसोबास गर्छ भन्ने देखाउनुपर्छ; वा

2) उनीहरू बच्चासँग अभिभावक सम्बन्धमा रहेका व्यक्तिहरू हुन्, जसमाथि उनीहरूको पूर्ण र स्थायी संरक्षण तथा नियन्त्रण रहेको हुन्छ, र उनीहरूले कसरी पूर्ण र स्थायी संरक्षण तथा नियन्त्रण प्राप्त गरे भन्ने उल्लेख हुनुपर्छ, चाहे यो अभिभावकत्वमा होस् वा अरू नै तरिकाले होस्।

डिस्ट्रिक्टले अन्य प्रमाण पनि स्वीकार गर्दछ, जस्तै बच्चा कुनै एक स्पोन्सरसँग बसोबास गर्छ भनी देखाउने कागजात, जोसँग बच्चालाई कुनै संघीय निकायले राखेको हुन्छ।

<u>उमेरको प्रमाण:</u>

डिस्ट्रिक्टले तपाईंको बच्चाको उमेर खुल्ने कागजात र/वा जानकारी पेश गर्न लगाउनेछ। कृपया जन्म प्रमाणपत्रको प्रमाणीकृत ट्रान्सक्रिप्ट वा नामकरण संस्कारको रेकर्ड (विदेशी जन्म प्रमाणपत्र वा नामकरणको रेकर्ड समेत) उपलब्ध गराउनुहोला। यी कागजातहरू उपलब्ध नभएको अवस्थामा, पासपोर्ट (विदेशी पासपोर्ट समेत) प्रयोग गर्न सकिन्छ।

जन्म प्रमाणपत्र वा पासपोर्ट उपलब्ध नभएको अवस्थामा, डिस्ट्रिक्टले अन्य केही निश्चित प्रमाणमा विचार गर्न सक्छ, जुन दुई वर्ष वा सोभन्दा बढी समयदेखि विद्यमान रहेको हुन्छ। अन्य प्रमाणहरूमा देहाय लगायतका छन्:

- आधिकारिक चालक अनुमतिपत्र;
- राज्य वा सरकारले जारी गरेका अन्य परिचय पत्र;
- जन्म मिति भएको विद्यालय फोटो परिचय पत्र;
- वाणिज्य दूतावासको पहिचान पत्र;
- अस्पताल वा स्वास्थ्य सम्बन्धी रेकर्डहरू;
- सैनिकमा निर्भर पहिचान पत्र;
- संघीय, राज्य वा स्थानीय निकायहरू जारी गरेका दस्तावेजहरू (जस्तै स्थानीय सेवा निकाय, Federal Office of Refugee Resettlement);
- अदालती आदेशहरू वा अदालतले जारी गरेका अन्य कागजातहरू;
- मूल अमेरिकी जनजाती सम्बन्धी कागजात; वा

गैरनाफामूलक अन्तर्राष्ट्रिय सहायता निकायहरू वा स्वयंसेवी निकायहरूबाट प्राप्त रेकर्डहरू।

<u>खोप तथा शारीरिक स्वास्थ्यको अवस्था:</u>

New York State's Public Health Law अनुसार तपाईंको बच्चालाई New York State Department of Heath Immunization Bureau's Immunization Requirements for School Entrance/Attendance अनुसार खोप लगाइएको छ भन्ने प्रमाण डिस्ट्रिक्टले प्राप्त गर्नुपर्छ। यी रेकर्डहरू तपाईंको बच्चाको निरन्तर उपस्थित सुनिश्चित गर्न आवश्यक हुनेछ। यसका अतिरिक्त, पाईंको बच्चाको हालै कुनै शारीरिक जाँच गरिएको छ भने सोको रेकर्ड पनि हामीलाई उपलब्ध गराउनुहोस्। New York State अनुसार पब्लिक स्कूलमा प्रवेश गर्ने प्रत्येक नयाँ विद्यार्थीहरू डिस्ट्रिक्टमा प्रवेश गर्दा शारीरिक परीक्षण अनिवार्य गराउनुपर्छ। सम्बन्धित स्कूल वर्षको पहिलो दिनभन्दा पहिलेको 12 महिना भन्दा बढी नभएको शारीरिक परीक्षणले यो मापदण्ड पूरा गर्नेछ।

<u>विशेष शिक्षा आवश्यकताको मूल्यांकनको लागि प्रेषण सम्बन्धी अधिकारहरूको सूचना:</u>

तपाईंको बच्चालाई विशेष शिक्षा सेवाहरू वा कार्यक्रमहरूको आवश्यकता रहेको तपाईंलाई लागेमा, तपाईंले आफ्नो बच्चालाई मूल्यांकनको लागि District's Committee on Special Education मा प्रेषण गर्न सक्नुहुनेछ। यो प्रेषण **Director of Special Education** लाई तलको ठेगानामा गरिनुपर्छ: **Syracuse City School District, Department of Special Education, 725 Harrison Street, Syracuse, New York, 13210**. The New York State Education Department को वेबसाइटमा यो प्रक्रिया बारे र तपाईंको अधिकार बारे जानकारी रहेको छ। Parent Guide to Special Education को एक प्रति तलको वेवसाइटबाट वा Department of Special Education लाई लिखित अनुरोध गरी प्राप्त गर्न सकिन्छ।

http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm
http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm

यो जानकारीको सम्बन्धमा तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू भएमा कृपया (315) 435-4545 मा Department of Student Registration लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। धन्यवाद।

भवदीय,

Jaime Alicea

Jaime Alicea,
विद्यालयहरूको सुपरिवेक्षक

दर्ता आवश्यकताहरू

The Syracuse City School Districtलाई विद्यालयको लागि बच्चाको दर्ता गर्दा निम्न कागजपत्र प्रदान गर्न आमाबुवा वा अभिभावकीय सम्बन्ध भएको व्यक्तिहरू चाहिन्छ।

A. ठेगानाको प्रमाण (1 कागजात आवश्यक पर्छ)

The Syracuse City School Districtले ठेगानाको एक प्रमाण पेश गर्न आग्रह गर्दछ। सामाग्रीमा आमा/बुवा वा अभिभावकको नाम अनिवार्य समावेश गर्नुपर्छ र दर्ता पूर्व 30 दिन भित्र मिति हुनुपर्छ।

1. आवासीय सम्झौताको एक प्रतिलिपि वा घर वा कन्डोमिनियमको स्वामित्वको प्रमाण पत्र, जस्तै कि एक कागत पत्र वा धितोको प्रमाण-पत्र; वा
2. तेश्रो पार्टी जग्गा धनी, वा मालिक, वा मोहि हस्ताक्षर गरिएको बयान जसबाट आमाबुवा वा व्यक्ति(हरू) अभिभावकीय सम्बन्धमा सम्झौता गर्छन् वा डिस्ट्रिक्ट भित्रै उनीहरू जोसँग सम्पत्ति बाँड्छन्, जुन स्वभाविक वा अस्वाभाविक हुनसक्छ; वा
3. डिस्ट्रिक्ट भित्र आमाबुवा(हरू) वा व्यक्ति(हरू)को अभिभावकीय सम्बन्धको भौतिल उपस्थिति तेस्रो पक्षबाट केही अन्य हस्ताक्षर गरिएको बयान

कृपया नोट गर्नुहोस्: यदि माथि सुचिकृत कागजात उपलब्ध भएनन् भने डिस्ट्रिक्टले आवासको अन्य कागजातहरू विचार गर्नेछ, जसले समावेश गर्न सक्छ, तर निम्नमा सिमित हुनेछैन:

- तलब पर्ची
- आय कर फारम
- उपयोगिता या अन्य बिल
- आवसमा आधारित सदस्यता कागजातहरू
- मतदाता दर्ता कागजात
- आधिकारिक चालक इजाजतपत्र, सिकारु अनुमतिपत्र वा गैर-चालक पहिचान;
- राज्य वा अन्य सरकारले सरकारी सेवा वा सुविधाहरूसँग सम्बन्धित पहिचान वा कागजातहरू जारी गर्यो
- संघीय, राज्य वा स्थानीय निकायहरूद्वारा जारी कागजातहरू (उदाहरण: स्थानीय सामाजिक सेवा निकाय, शरणार्थी पुनर्वासको संघीय कार्यालय)
- बच्चाको हिरासतको प्रमाण सहित, तर न्यायिक हिरासत आदेश वा संरक्षकत्व कागजातहरूमा सिमित छैन

महत्त्वपूर्ण नोट: हिरासत वा संरक्षकत्वको प्रमाण

डिस्ट्रिक्टलाई शपथ पत्र प्रदान गर्न अभिभावकीय सम्बन्धमा भएका आमाबुवा(हरू) वा व्यक्तिहरू आवश्यक पर्न सक्छन्:

1. उनीहरू नै ती अभिभावक हुन् जोसँग बच्चा कानुनी रुपमा बसोबास गर्छ भन्ने देखाउनुपर्छ; वा
2. उनीहरू बच्चासँग अभिभावक सम्बन्धमा रहेका व्यक्तिहरू हुन्, जसमाथि उनीहरूको पूर्ण र स्थायी संरक्षण तथा नियन्त्रण रहेको हुन्छ, र उनीहरूले कसरी पूर्ण र स्थायी संरक्षण तथा नियन्त्रण प्राप्त गरे भन्ने उल्लेख हुनुपर्छ, चाहे यो अभिभावकत्वमा होस् वा अरू नै तरिकाले होस्।

डिस्ट्रिक्टले अन्य प्रमाणहरू पनि स्वीकार्नेछ, जस्तै कि यदि लागु हुन्छ भने बच्चा प्रयोजनसँग बस्छ जससँग बच्चा संघीय एजेन्सीद्वारा राखिएको छ भन्ने देखाउने कागजात।

B. उमेरको प्रमाण (1 कागजात आवश्यक)

1. विदेशी जन्म प्रमाण पत्रको प्रमाणित ट्रांस्क्रिप्ट वा बप्तिस्माको प्रमाण पत्र सहित **एक जन्म प्रमाण पत्रको प्रमाणित ट्रांस्क्रिप्ट वा बप्तिस्माको रेकर्ड**।
2. *यदि* जन्म प्रमाण पत्रको प्रमाणित ट्रांस्क्रिप्ट वा बप्तिस्माको रेकर्ड उपलब्ध छैन भने, *त्यसोभए* डिस्ट्रिक्टले बच्चा =को उमेर स्थापना गर्न विदेशी पासपोर्ट सहित **प्रमाणित पासपोर्ट** स्वीकार्नेछ।
3. *यदि* न त जन्म प्रमाण पत्रको प्रमाणित ट्रांस्क्रिप्ट वा बप्तिस्माको रेकर्ड वा पासपोर्ट उपलब्ध छ भने, *त्यसोभए* डिस्ट्रिक्टले **अन्य कागजात** विचार गर्नेछ, सहित तर यस सूचीमा सिमित नभएर, ती कागजातहरू दुई (2) वर्ष वा बढीसम्म अस्तित्वमा छन् भन्ने प्रदान गरिएको:
   - बच्चाको लागि आधिकारिक चालक अनुमति पत्र;
   - राज्य वा सरकारले जारी गरेका अन्य परिचय पत्र;
   - जन्म मिति भएको विद्यालय फोटो परिचय पत्र;
   - वाणिज्य दूतावासको पहिचान पत्र;
   - अस्पताल वा स्वास्थ्य सम्बन्धी रेकर्डहरू;
   - सैनिकमा निर्भर पहिचान पत्र;
   - संघीय, राज्य वा स्थानीय निकायहरूद्वारा जारी कागजातहरू (उदाहरण: स्थानीय सामाजिक सेवा निकाय, शरणार्थी पुनर्वासको संघीय कार्यालय);
   - अदालतको आदेशहरू वा आदलतले जारी गरेको कागजपत्रहरू;
   - मूल अमेरिकी जनजाति सम्बन्धी कागजात; वा
   - गैर-नाफामुखी अन्तर्राष्ट्रिय सहायता एजेन्सीहरू र स्वयंसेवी संस्थाहरू।

C. शारीरिक तथा खोप रेकर्डहरू

New York State Public Health Law को Section 2164(7)द्वारा चाहिए अनुसार डिस्ट्रिक्टले प्रतिरक्षा खोपको प्रमाण, वा एउटा विद्यार्थीले विद्यालय जानु अघि त्यस आवश्यकताबाट कानुनी छुट अनिवार्य प्राप्त गर्नुपर्छ।

ती आवश्यकताहरूलाई Board Policy 7022 मा पनि समिक्षा गर्न सकिन्छ। त्यसैले, डिस्ट्रिक्टलाइ निम्न आवश्यक पर्छ:

- शारीरिक जाँचको रेकर्डहरू (चिकित्सक वा क्लिनिकल कर्मचारीद्वारा हस्ताक्षर गरिएको)
- अप-टु-डेट खोपहरू

महत्त्वपूर्ण नोट: डिस्ट्रिक्टले आवश्यक प्रतिरक्षा खोपहरू नपाएका कुनै पनि विद्यार्थीलाई निकाल्न सक्छ। यदि विद्यार्थी उनीहरूको प्रतिरक्षा खोपहरू बारे अप-टु-डेट छैन भने परिवारहरूले अपोइन्टमेन्ट मिति(हरू) भएको अपोइन्टमेन्ट कार्ड वा पत्रको एउटा प्रतिलिपि प्रदान गर्नुपर्छ भन्ने डिस्ट्रिक्टले आग्रह गर्दछ। New York State Education Lawको Section 906 आवश्यक भए अनुसार अन्यहरूको संक्रमणको महत्वपूर्ण जोखिम निम्त्याउने विद्यार्थीमा सर्ने वा संक्रामक रोग भएको खण्डमा डिस्ट्रिक्टले भर्ना भएका विद्यार्थीहरूलाई पनि विद्यालयमा उपस्थित हुनबाट रोक लगाउन सक्छ।

विद्यार्थीहरूलाई उनीहरूले विद्यालय सुरु गरेको मितिदेखि उनीहरूलाई विद्यालय बाहिर गर्नु अघि आवश्यक प्रतिरक्षा खोपहरू प्राप्त गर्न 14 दिन दिइन्छ। जब डिस्ट्रिक्टले एक गुड फेथ इफोर्ट (Good Faith Effort, GFE) को कागजात प्राप्त गर्छ जस्तै कि अपोइन्टमेन्ट कार्ड वा अन्य बयान, शरणार्थी विद्यार्थी र राज्य बाहिरका विद्यार्थीहरूलाई 30 दिनको लागि अनुमति दिइन्छ।
प्रदानकर्ताको कार्यालय जसमा भेट्ने मिति समावेश हुन्छ।

D. अतिरिक्त कागजातिकरण

Syracuse City School Districtले 12 मार्फत कक्षा 1 मा प्रवेश गर्ने बच्चाहरूको लागि हालसालैको रिपोर्ट कार्ड वा ट्रांस्क्रिप्त जमा गर्न अनुरोध गर्दछ। विशेष शिक्षा सेवा प्राप्त गर्ने सबै बच्चाको लागि एक वर्तमान **व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (**Individualized Education Program, IEP) बुझाउनु पर्दछ। यसले डिस्ट्रिक्टलाई उपयुक्त ग्रेड स्तर स्थानन सुनिश्चित गर्न, र सेवाहरूको प्रावधान र प्रत्येक बच्चाको व्यक्तिगत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सहयोग प्रदान गर्न समर्थ बनाउछ। यदि दर्ताको समय जानकारी उपलब्ध भएन भने डिस्ट्रिक्टले आवश्यक कागजातहरू प्राप्त गर्न पहिलेको भर्ना भएको विद्यालयबाट रेकर्डहरू अनुरोध गर्नेछ।

SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

विद्यार्थी दर्ता विभाग (Department of Student Registration)
Jaime Alicea, विद्यालयहरूको सुपरिवेक्षक

McKinney–Vento ऐन
Notice Housing Questionnaire PreK-12

विद्यार्थी जानकारी

अन्तिम नाम	पहिलो नाम	बिचको नाम

हालको विद्यालय	उत्पत्ति भएको डिस्ट्रिक्ट	कक्षा

विद्यार्थी परिचयपत्र#	जन्म मिति	लिङ्ग
		☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य

नयाँ स्थलगत ठेगाना	पत्राचार गर्ने ठेगाना

हुन्छ	हुन्न		आमाबुवा, अभिभावक, बेवास्ता गरिएको विद्यार्थीको नाम	फोन
☐	☐	के पुरै परिवार नयाँ स्थलगत ठेगानामा छ?		
☐	☐	के तपाईंले भाइबहिनीहरूको विद्यालयमा सुचित गर्नुभएको छ?	**यात्राको मिति सुचित**	
☐	☐	के वर्तमानको ठेगाना एक अस्थायी बस्ने व्यवस्था हो?		
☐	☐	यदि हो भने, के यो आवास गुमेको वा आर्थिक कठिनाइको कारण हो?	***निःशुल्क विद्यालय खानाको लागि विद्यार्थी स्वतः योग्य हुन्छ**	

आवास: वर्तमानमा त्यो विद्यार्थी कहाँ बस्दैछ? (कृपया एउटा बक्स जाँच्नुहोस्)।

- ☐ **आश्रय (S)**
- ☐ **दुई-गुणा बढेको (D)**
  घर गुमाएको, आर्थिक कठिनाइ वा उस्तै कारण (अस्थायी बसाई पनि भनिने)ले गर्दा अन्य परिवार वा अन्य व्यक्तिसँग
- ☐ होटल **वा मोटल (H)**
- ☐ **अन्य अस्थायी बस्ने अवस्था (O)**
  योजना नबनाइएको कार, पार्क, बस, ट्रेन स्टेसन, क्याम्प स्थल, वा सार्वजनिक वा निजी स्थानमा, वा मानवको लागि सामान्य रूपमा नियमित सयन आवासको रूपमा प्रयोग गरिन्छ
- ☐ **स्थायी आवास (P)**
- ☐ **CPS प्रत्यक्ष स्थानन**
- ☐ **अन्तराल (कृपया तल भएको छनौट गर्नुहोस्)**
  - ☐ *परिवार सहायता केन्द्र (960 Salt Springs Road)*
  - ☐ *बाल र किशोर संकट अन्तराल (650 Madison Street)*

यदि विद्यार्थी स्थायी आवास(P),मा बसिरहेको छैन भने तलको उपयोग हुन्छ कि हुँदैन कृपया संकेत गर्नुहोस्:

- ☐ **बेवास्ता गरिएका युवा (U)**
  अभिभावकद्वारा वास्ता नगरिएको कुनै उमेर

भाइबहिनीहरू: के सबै भाइबहिनीहरू उही ठेगानामा छन्? ☐ हुन्छ ☐ छैन

1	सहोदरको नाम			
	विद्यालय		विद्यालय सूचित?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न
	वर्तमान भौतिक ठेगाना			
	उही ठेगाना?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न	☐ स्थायी	☐ अस्थायी
2	सहोदरको नाम			
	विद्यालय		विद्यालय सूचित?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न
	वर्तमान भौतिक ठेगाना			
	उही ठेगाना?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न	☐ स्थायी	☐ अस्थायी
3	सहोदरको नाम			
	विद्यालय		विद्यालय सूचित?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न
	वर्तमान भौतिक ठेगाना			
	उही ठेगाना?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न	☐ स्थायी	☐ अस्थायी
4	सहोदरको नाम			
	विद्यालय		विद्यालय सूचित?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न
	वर्तमान भौतिक ठेगाना			
	उही ठेगाना?	☐ हुन्छ ☐ हुन्न	☐ स्थायी	☐ अस्थायी

SCHOOL AND AGENCY STAFF: Email this form and STAC 202 to Registration@scsd.us and cc: dmontroy@scsd.us

Name (Person Completing this Form):____**Date:** ____________________

Agency:____**Phone:** ______________________________

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM

IDENTIFICATION & RECRUITMENT OFFICE

PARENT SURVEY

अप्रवासी शिक्षा कार्यक्रम (Migrant Education Program, MEP) प्राथमिक तथा माध्यमिक शिक्षा ऐन (Elementary and Secondary Education Act, ESEA) को Title I, Part Cद्वारा अधिकार दिइएको छ। MEPले धेरै शैक्षिक प्रदान गर्दछ **<u>उनीहरूको राष्ट्रियता वा कानुनी स्थितिको पर्वाह नगरी</u>** कृषिमा काम गर्ने परिवारहरूलाई सेवा यो कार्यक्रम सबै योग्य परिवारहरूलाई निःशुल्क हो र आवश्यकता अनुसार शिक्षण, **<u>निःशुल्क</u>** विद्यालय खाजा योग्यता, शैक्षिक क्षेत्र भ्रमण, ग्रिष्म कार्यक्रमहरू, अभिभावक संलग्नता क्रियाकलापहरू, आपतकालीन आवश्यकताहरू र रिफेरलदेखि अन्य सेवाहरू समावेश हुनसक्छन्।

<u>यो प्रश्नावली तयार गर्न केही मिनेट लिनुहोस्।</u>

के तपाईंको परिवारमा कसैले गएको 3 वर्षको अवधिमा काम गरेको छ, वा काम खोजेको छ?

- ☐ कुनै पनि कृषि, खेत बारी, वा माछा मार्ने काम (जस्तै कि घास, दुग्ध, फलफूल वा तरकारी बाली, कुखुरा पालन, माछा मार्ने, नर्सरी/हरितगृह, आदि)
- ☐ रूखहरू काट्ने, भेला गर्ने, वा रूखहरूको प्रारम्भिक प्रसोधन गर्नेसँग सम्बधित कार्य।
- ☐ खाद्य प्रसोधन कारखानामा कार्य, (जस्तै कि मासु वा कुखुरा प्रसोधन कारखाना, फलफूल वा तरकारी प्याकिंग गर्ने, आदि।)

<u>यदि तपाईंको जवाफ हुन्छ हो भने कृपया तल आफ्नो सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्:</u>

आमाबुवा/अभिभावकको नाम: ____

घरको ठेगाना: ____

टेलिफोन नम्बर: (__________)- ________- __________पुग्ने सबै भन्दा उत्तम समय:__________ ◯ ◯ बिहान/बेलुका

पहिलेको ठेगाना: ____

विद्यार्थीको नाम:______________________________उमेर__________कक्षा__________

विद्यार्थीको नाम:______________________________उमेर__________कक्षा__________

<u>यस रिफेरललाई बुझाउन कृपया 518-289-5623मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा NYS अप्रवासी शिक्षा कार्यक्रम पहिचान तथा भर्ती कार्यालयमा मेल गर्नुहोस्:</u>

<u>100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020.</u>

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Lissette Colón-Collins, द्विभाषी शिक्षा र विश्व
भाषाहरूको कार्यालयमा सहायक आयुक्त

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
टेलिफोन: (718) 722-2445 / फ्याक्स: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 फ्याक्स: (518) 474-7948

घरमा बोलिने भाषाको प्रश्नावली (Home Language Questionnaire, HLQ)

प्रिय आमाबुवा वा अभिभावक:
तपाईंको बच्चालाई सबै भन्दा राम्रो सम्भव शिक्षा प्रदान गर्न हामीले ऊ अंग्रेजीमा कति राम्ररी बुझ्छ, बोल्छ, पढ्छ, र लेख्छ, साथै पूर्व विद्यालय र व्यक्तिगत पृष्ठभूमि निर्धारण गर्नुपर्ने आवश्यक हुन्छ। कृपया भाषा पृष्ठभूमि र शैक्षिक इतिहास अन्तर्गतका खण्डहरू पुरा गर्नुहोस्। यी प्रश्नहरूको जवाफ दिन तपाईंको सहायता उच्च रूपमा कदर गरिन्छ।
धन्यवाद।

यस भागलाई पुरा गर्दा कृपया स्पष्ट रूपमा लेख्नुहोस्।

विद्यार्थीको नाम:

पहिलो *बीचको* *अन्तिमको*

जन्ममिति:

महिना *दिन* *वर्ष*

लिंग:
☐ पुरुष
☐ महिला

आमाबुवा/व्यक्ति अभिभावकीय सम्बन्धजानकारी:

अन्तिम नाम *पहिलो नाम* *सम्बन्ध विद्यार्थी*

घरको भाषा कोड

भाषाको पृष्ठभूमि

(कृपया लागु हुने सबै जाँच गर्नुहोस्।)

1. विद्यार्थीको घर वा आवासमा कुन भाषा(हरू) बोलिन्छ/न्?	☐ अंग्रेजी	☐ अन्य ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	
2. तपाईंको बच्चाले सिकेको पहिलो भाषा कुन हो?	☐ अंग्रेजी	☐ अन्य ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	
3. प्रत्येक आमाबुवा/अभिभावकको घरको भाषा कुन हो?	☐ मातृ ______ *उल्लेख गर्नुहोस्* ☐ अभिभावक(हरू) ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	☐ पितृ ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	
4. तपाईंको बच्चाले कुन भाषा(हरू) बुझ्छ?	☐ अंग्रेजी	☐ अन्य ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	
5. तपाईंको बच्चाले कुन भाषा(हरू) बोल्छ?	☐ अंग्रेजी	☐ अन्य ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	☐ बोल्दैन
6. तपाईंको बच्चाले कुन भाषा(हरू) पढ्छ?	☐ अंग्रेजी	☐ अन्य ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	☐ पढ्दैन
7. तपाईंको बच्चाले कुन भाषा(हरू) लेख्छ?	☐ अंग्रेजी	☐ अन्य ______ *उल्लेख गर्नुहोस्*	☐ लेख्दैन

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School *Address*	

घरमा बोलिने भाषाको प्रश्नावली (Home Language Questionnaire, HLQ) — पृष्ठ दुई

शैक्षिक इतिहास

8. तपाईंको बच्चालाई स्कूलमा भर्ना गरेको वर्षका संख्या निर्दिष्ट गर्नुहोस् ____________________

9 के तपाईंलाई लाग्छ तपाईंको बच्चालाई कुनै कठिनाइहरू वा अवस्थाहरू हुनसक्छ जसले अंग्रेजी वा अन्य भाषामा उसको बुझ्ने, बोल्ने, पढ्ने वा लेख्ने क्षमतालाई असर पार्छ? यदि हो भने तिनीहरूलाई वर्णन गर्नुहोस्।

हो* ❑ **होइन** ❑ **निश्चित छैन** ❑ ***यदि हो भने** कृपया वर्णन गर्नुहोस्: ____________________

तपाईंलाई यी कठिनाइहरू कतिको कठोर लाग्छन्? ❑ सामान्य ❑ केही कठोर ❑ अत्यन्तै कठोर

10a. के तपाईंको बच्चालाई बिगतमा कुनै विशेष शिक्षाको लागि <u>सिफारिस</u>? गरिएको छ? ❑ छ ❑ छैन* **कृपया तल 10b पुरा गर्नुहोस्*

10b. *<u>यदि मुल्यांकनको लागि सिफारिस गरिएको छ भने</u>,के तपाईंको बच्चाले कहिल्यै<u>बिगतमा कुनै विशेष शिक्षा सेवा प्राप्त</u> गरेको छ?

❑ **होइन** ❑ **हो – प्राप्त सेवाहरूको प्रकार:** ____________________

सेवाहरू प्राप्त भएको उमेर *(कृपया लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्।):*

❑ **जन्म देखि 3 वर्षसम्म (प्रारम्भिक हस्तक्षेप)** ❑ **3 देखि 5 वर्षसम्म (विशेष शिक्षा)** ❑ **6 वर्ष वा बढी (विशेष शिक्षा)**

10c. के तपाईंको बच्चाको व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (Individualized Education Program, IEP) **छ?** ❑ **छ** ❑ **छैन**

11. के त्यहाँ तपाईंलाई विद्यालयको लागि आफ्नो बच्चाबारे जान्नलाई केही महत्वपूर्ण छ जस्तो लाग्छ? *(उदाहरण, विशेष प्रतिभा, प्रतिभा, स्वास्थ्य सरोकार, आदि।)*

12. तपाईं विद्यालयबाट कुन भाषा(हरू)मा जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ? ____________________

महिना: दिन: वर्ष:

आमाबुवा वा अभिभावकीय सम्बन्धको रहेको व्यक्तिको हस्ताक्षर **मिति**

विद्यार्थीसँग सम्बन्ध: ❑ **आमा** ❑ **बुवा** ❑ **अन्य:** ____________________

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: ____________________ **POSITION:** ____________________

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: ____________________ **POSITION:** ____________________

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ **NO** ❑ **YES**

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** ____________ MO DAY YR.	**OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** ❑ ADMINISTER NYSITELL ❑ ENGLISH PROFICIENT ❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: ____________________ **POSITION:** ____________________

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: ____________ MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

विद्यार्थी दर्ता विभाग **Akua A. Goodrich, निर्देशक**

रेकर्डहरूको लागि अनुरोध

मिति: _______________

तल नाम गरेको विद्यार्थी हाम्रो विद्यालय डिस्ट्रिक्टमा प्रवेश गरेको छ।

नाम:____**जन्ममिति**:__________________**कक्षा:** _____________

जारी गर्ने विद्यालय: :

विद्यालय: ____
ठेगाना: ____
फोन: ____
फ्याक्स: ____

आग्रह गर्ने विद्यालय:

SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT-दर्ता केन्द्र
रजिस्ट्रारको नाम:______________________________
फोन: (315) 435-4545
फ्याक्स:(315) 435-6210

कृपया भर्नाको लागि निम्न रेकर्डहरू फ्याक्स वा मेल गर्नुहोस्:

1. **हालको ट्रांस्क्रिप्ट**
2. **झिक्ने समयको कक्षाहरू**
3. **ग्रिष्म विद्यालयका कक्षाहरू**
4. **पूर्व विद्यालयहरूबाट रिपोर्ट कार्डहरू**
5. **मानकीकृत/राज्य परिक्षा स्कोरहरू**
6. **विवाह प्रमाणपत्र**
7. **प्रतिरक्षा खोपहारू र पछिल्लो शारीरिक**
8. अनुशासन रेकर्ड
9. **विशेष शिक्षा रेकर्डहरू, यदि लागु हुन्छ भने:**
   - A. वर्तमान IEP
   - B. पछिल्लो मनोवैज्ञानिक रिपोर्ट
   - C. 504 (सक्रिय वा निस्क्रिय)
   - D. भाषणको मुल्यांकन
   - E. सामाजिक इतिहास
   - F. सम्बन्धित सेवाहरूको रिपोर्ट
   - G. यदि अवर्गीकृत गरियो भने कुन परिक्षण मोडहरू जारी हुन्छन्

आमाबुवा/अभिभावकको सहमति:

मेरो सहमति शैक्षिक रेकर्डहरू र/वा सबै अन्य प्रासंगिक जानकारी Syracuse City Schoolमा जारी गर्नको लागि लागि दिइन्छ। डिस्ट्रिक्ट. प्राप्त सबै जानकारी कडाई पूर्वक गोप्य राखिनेछ। म कुनै पनि जानकारीमा मौखिक स्पष्टीकरण प्राप्त गर्न Syracuse City School Districtको लागि अनुमति दिन्छु। **Final Regulations-Family Education Rights and Privacy Act (Buckley Amendment) मिति June 17, 1976 को अनुसार, अब विद्यालयहरू बिच रेकर्ड जारी गर्न लिखित सहमति प्राप्त गर्न आवश्यक छैन।**

यो विद्यार्थी McKinney Vento अन्तर्गत योग्य हुन्छ ☐ हो वा ☐ होइन (कृपया बक्स जाँच्नुहोस्). Per M-V Section 722 (g)(3)(c); N.Y. Education Law Subsection 3209 (2)(3)-(f) नयाँ विद्यालयबाट एउटा रेकर्डहरूको अनुरोध प्राप्त गरेको पाँच (5) दिन भित्र, पछिल्लो पटक भर्ना भएको डिस्ट्रिक्टले अनिवार्य सबै रेकर्डहरू नयाँ विद्यालयमा पठाउनु पर्छ।

प्रिन्ट नाम –आमाबुवा/अभिभावक

हस्ताक्षर –आमाबुवा/अभिभावक

आमाबुवा/अभिभावकको फोन नम्बर:

स्वास्थ्य सेवाहरू

Dr. Ted Triana, स्वास्थ्य सेवाहरूको निर्देशक

आदरणीय आमाबुवा/अभिभावकज्यू:

हामी तपाईंको बच्चालाई नयाँ विद्यालय वर्षमा स्वागत गर्न तत्पर छौं। हामी तपाईंलाई न्यू योर्क राज्य स्वास्थ्य विभागको कानुनमा एउटा परिवर्तनको जानकारी दिन लेखिरहेका छौं। **सेप्टेम्बर 2018 सम्म, न्यू योर्क राज्यलाई यदि विद्यार्थीहरू विद्यालय डिस्ट्रिक्टमा, र कक्षा 1, 3, 5, 7, 9 र 11 मा नयाँ हुन् भने प्रत्येक विद्यार्थीले Pre-K वा K मा विद्यालय प्रवेश गर्न वर्तमान शारीरिक परिक्षण गरेको चाहिन्छ।** यदि उनीहरू खेल खेल्छन् वा कार्य गर्ने कागज चाहन्छन् भने उनीहरूको पनि वर्तमान शारीरिक जाँच हुनुपर्छ। तपाईंको परिवार चिकित्सकले परिक्षा लिनुपर्छ। उनीहरूले तपाईंको बच्चालाई राम्ररी चिन्छन् र तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यमा कुनै पनि प्रकारको परिवर्तन मापन गर्न सक्छन्। यदि आवश्यक परेमा उनीहरूले उही समय चश्मा, दन्त चिकित्सक, आदिको लागि रेफरलहरू गर्न सक्छन्।

प्रभावकारी **जुलाई 1, 2018, न्यू योर्क राज्यसँग एउटा नयाँ फारम** छ जसलाई शारीरिक परिक्षा रेकर्ड गर्न प्रयोग गर्नुपर्छ। यस फारमको प्रतिलिपि संलग्न गरिएको छ। चिकित्सा प्रदायकले विधुतीय तरिकाले वा हातले फारम पूरा गर्न सक्छन्। जब तपाईं आफ्नो बच्चालाई विद्यालयमा ल्याउनु हुन्छ भने कृपया यसलाई नर्सको कार्यालयमा ल्याउनुहोस्।

वर्तमान शारीरिक परिक्षा भनेको परिक्षा आवश्यक पर्ने विद्यालय वर्ष सुरु हुनु बाह्र महिना अघि निर्धारित गरिएको एक परिक्षा हो। उदाहरणको लागि, यदि विद्यालय वर्ष सेप्टेम्बर 3, 2018 मा सुरु हुन्छ भने सेप्टेम्बर 3, 2017 मा वा पछि लिइने कुनै पनि भौतिक परिक्षा मान्य हुनेछ। यस मिति अघि पुरा गरिएको परिक्षा अमान्य मानिनेछ र तपाईंको बच्चालाई नयाँ परिक्षा आवश्यक पर्नेछ। हामी बुझ्छौं कि केही बच्चाहरूले उनीहरूको विद्यालय सुरु भइसके पनि आफ्नो वार्षिक चिकिसकीय परिक्षा प्राप्त गर्न सक्दैनन्। यो पुरा भइसकेपछि तपाईंले एक प्रतिलिपि नर्सलाई पठाउन सक्नुहुन्छ। कृपया अहिले भेट्नलाई आफ्नो चिकित्सकलाई कल गर्नुहोस्।

यदि तपाईं वा तपाईंको बच्चालाई Medicaid, Medicaid Managed Care, वा Child and Family Health Plus सहित स्वास्थ्य विमा चाहिन्छ भने कृपया Salvation Army (315-476-1382) वा ACR Health (315-475-2430)लाई कल गर्नुहोस्। तपाईंलाई साइन अप गर्न सहयोग गर्न तपाईंले एक “नेभिगेटर”को सहायता पाउनु हुनेछ। फाइदाहरूमा चिकित्सकसँगको भेट; अस्पताल तथा आकस्मिक उपचार; दृष्टि, बोली र श्रवण सेवाहरू; प्रिस्क्रिप्सनहरू; मानसिक स्वास्थ्य; र केही अवस्थाहरूमा दन्त उपचार समावेश छन्।

हामीले यो नयाँ आवश्यकता लागु गर्ने भएकोले स्वास्थ्य सेवा विभागले तपाईंको सहयोगको कदर गर्दछ। थप जानकारी वा सहायताको लागि, कृपया आफ्नो विद्यालयको नर्सलाई, वा 435-4145 मा स्वास्थ्य सेवा कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

विद्यालयलाई स्वास्थ्य जानकारीको खुलासाको लागि प्राधिकरण

कृपया यसलाई हस्ताक्षर गर्नुहोस् ताकी हामी तपाईंको बच्चाबाट स्वास्थ्य जानकारी प्राप्त गर्न सक्छौं।

विद्यार्थीको नाम:________________________________ जन्म मिति:__________ मिति: ______________

नाम दिइएको आमाबुवा/अभिभावकको रूपमा यस फारमको पूर्णताले तपाईंको चिकित्सकलाई अधिकार दिन्छ, ______________________ तपाईंको बच्चाको गोप्य स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी उसको विद्यालयलाई खुलासा गर्न।
(चिकित्सकको नाम)

यो जानकारी खुलासा गर्नुको उद्देश्य स्वास्थ्य जानकारीको सही आदानप्रदान र बच्चाको विद्यालयसँग हेरचाह तथा उपचारको समन्वयको लागि प्रवर्धन गर्नु हो। यो धेरै कारणहरूको लागि महत्वपूर्ण जानकारी हो। उदाहरणको लागि विद्यालयलाई औषधि दिन, बच्चाको बिमारी निगरानी गर्न, र प्रतिरक्षा खोपको ट्र्याक राख्न यो जानकारी जान्न आवश्यक हुनसक्छ।

यस प्राधिकरणले निम्नमा जानकारीको खुलासा गर्दछ:

- खोपको जानकारी
- शारीरिक परिक्षाले
- प्रयोगशाला परिक्षणहरू
- औषधि तथा उपचारहरू रिपोर्ट गर्दछ

यस अधिकार दिने फारमले गोप्य स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न अनुमति दिँदैन जसलाई कानून अन्तर्गत विशेष सुरक्षा दिइएको छ। यसमा एचआइभी-सम्बन्धित जानकारी, वस्तु दुरुपयोग गरेको जानकारी, मनोचिकित्सा सम्बन्धी जानकारी र आनुवंशिक जानकारी समावेश हुन्छन्; यस जानकारीको खुलासा गर्न एउटा फरक विशिष्ट फारम चाहिन्छ।

तपाईंले हामीलाई बच्चा विद्यालयमा भर्ना भएको छैन भन्ने बेलासम्म तल देखाइएको विद्यालय डिस्ट्रिक्टमा विद्यालयलाई जानकारी खुलासा गरिनेछ। तपाईंले बच्चाको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई लिखित रूपमा सूचित गरेर कुनै पनि बेला प्राधिकरण खारेज गर्न सक्नुहुन्छ। यस प्राधिकरणलाई खारेज गर्नुको मतलब हामी बच्चाको जानकारी उनीहरूको विद्यालयलाई खुलासा गर्ने छैनौं। यदि तपाईंले हामीलाई उनीहरूको जानकारी विद्यालयलाई खुलासा गर्न अधिकार दिनु भएन भने बच्चाको स्वास्थ्य सेवा प्रभावित हुनेछैन। अर्को शब्दमा, यदि तपाईं यो अधिकार दिनेमा हस्ताक्षर गर्नु भएन भने हामी तपाईंको बच्चाको उपचार अस्वीकार गर्ने छैनौं। यदि विद्यालयलाई यो जानकारीको गोपनियता राख्न कानुनको अन्तर्गत हुन आवश्यक छैन भने हामीले विद्यालयलाई खुलासा गरेको जानकारी विद्यालयबाट अन्यलाई खुलासा गर्न सकिन्छ। तपाईंलाई आफ्नो रेकर्डको लागि राख्न यो पुरा भएको आधिकार दिनेको एउटा प्रतिलिपि दिइनेछ।

______________________________________ ______________________________
बच्चाको नाम (प्रिन्ट) जन्म मिति

______________________________________ ______________________________
आमाबुवा/अभिभावकको नाम (प्रिन्ट) सम्बन्ध

______________________________________ ______________________________
आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर विद्यालय

कृपया स्कूल नर्सलाई फिर्ता गर्नुहोस्

SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT
Health Services
Jaime Alicea, Superintendent of Schools

स्वास्थ्य इतिहास फारम

विद्यार्थीको नाम: ______________________ जन्म मिति ____________ लिङ्ग: M ☐ F ☐

आजको मिति ______________ विद्यालय ______________________ कक्षा ____________

के यो बच्चा कहिल्यै Syracuse City School गएको छ? छैन ☐ छ ☐ विद्यालय गएको छ ______________

आमाबुवा/अभिभावकको नाम ______________ ठेगाना ______________________ फोन# ____________

चिकित्सकको नाम______________________ अन्तिम भेट कहिले भएको थियो? ____________

दन्तचिकित्सकको नाम ______________________ अन्तिम भेट कहिले भएको थियो? ____________

विमा______________________ Medicaid # ______________

गर्भावस्था र डेलिभरी : जन्म हुँदाको तौल_____#________oz. गर्भावस्थाको अवधि____________महिना प्रसव:____________घण्टा

डेलिभरीको प्रकार ☐ योनि सम्बन्धी ☐ C–सेक्सन जटिलताहरू? ______________________

वृद्धि तथा विकास *कृपया तपाईंको बच्चा भएको उमेरमा भर्नुहोस्*

उठ्यो ____________ वामे सर्यो____________हिड्यो ____________ कुरा गर्यो____________शौचालय प्रशिक्षित ____________

कृपया मलाई तपाईंको बच्चाको सन्दर्भमा निम्नको एउटा संक्षिप्त विवरण दिनुहोस्:

औषधिहरू: ______________________ औषधिहरू एलर्जीहरू: ______________________

खाना एलर्जीहरू: ______________________

गम्भीर बिरामी: ______________________

दुर्घटना:______________________ मिति(s): ____________

शल्यक्रियाहरू/अस्पतालमा भर्ना हुनु/ER भेट्नु ______________________ मिति(s):____________

यदि तपाईंको बच्चालाई तल दिइएकोबाट कुनैसँग समस्या भएको छ भने तल बक्सहरूमा "हो" वा "होइन" चिन्ह लगाउनुहोस्:

हुन्छ	हुन्न	स्वास्थ्य अवस्था	हुन्छ	हुन्न	स्वास्थ्य अवस्था
		ADHD			हेपाटाइटिस A वा B
		दमको निदान			वृद्धि भएको लीडको तहहरू
		व्यवहार सम्बन्धी/भावनात्मक समस्याहरू			क्रियाकलाप तहको सिमितता
		रगतको खराबी/सिकल सेल			सिजरहरू
		दाँत सम्बन्धी समस्याहरू			छालामा डाबरहरू
		मधुमेह			बोलीको समस्याहरू
		कानको समस्याहरू			क्षयरोग
		आँखाको समस्याहरू			अन्य समस्या(हरू):
		मुटुको समस्याहरू			

कृपया माथिको कुनै व्याख्या गर्नुहोस् वा अतिरिक्त जानकारी थप्नुहोस् जसले तपाईंको बच्चालाई मद्दत गर्न हामीलाई सहयोग गर्ने छ।

____

____

____

____

विशेष उपकरण/आपूर्तिहरू आवश्यक______________________

के कुनै अन्य परिवार सदस्यहरूको कुनै मुख्य स्वास्थ्य समस्या छन्? व्याख्या गर्नुहोस्। ______________________

____

कपि गर्नुहोस् र फारमको पछाडी खोपको रेकर्ड संलग्न गर्नुहोस्

आवश्यक NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

पूर्ण रुपमा निजि स्वास्थ्य हेरचाह पदायक वा स्कूलको मेडिकल निर्देशकले भर्नुपर्ने

नोट: NYSED लाई नयाँ प्रवेश गर्नेहरू र ग्रेडहरू Pre-K वा K, 1, 3, 5, 7, 9 र 11; को लागि वार्षिक शारीरिक परिक्षा आवश्यक हुन्छ इन्टरस्कोलास्टिक खेलको लागि; र काम गर्ने पेपरहरू आवश्यक हुन्छ; वा विशेष शैक्षिक समिति,(Committee on Special Education, CSE) वा प्री-स्कूल विशेष शैक्षिक समिति (Committee on Pre-School Special education, CPSE) ले माग गरे अनुसार आवश्यक हुन्छ।

विद्यार्थी जानकारी

नाम:	लिङ्ग: ☐ पुरुष ☐ महिला	जन्म मिति:
विद्यालय:	कक्षा:	परिक्षा मिति:

स्वास्थ्य इतिहास

एलर्जीहरू ☐ छैन	☐ औषधि/उपचार आदेश संलग्न				☐ Anaphylaxis हेरचाह योजना संलग्न
☐ छ, प्रकार इंकित गर्नुहोस्	☐ खाना	☐ किरा	☐ ल्याटेक्स	☐ औषधि	☐ वातावारणीय

दम ☐ छैन	☐ औषधि/उपचार आदेश संलग्न		☐ दम हेरचाह योजना संलग्न
☐ छ, प्रकार इंकित गर्नुहोस्	☐ रोकी रोकी	☐ निरन्तर	☐ अन्य : ____________

सिजरहरू ☐ छैन	☐ औषधि/उपचार आदेश संलग्न	☐ सिजर हेरचाह योजना संलग्न
☐ छ, प्रकार इंकित गर्नुहोस्	☐ प्रकार: ____________	अन्तिम पटकको सिजरको मिति: ____________

मधुमेह ☐ छैन	☐ औषधि/उपचार आदेश संलग्न	☐ मधुमेह मेडिकल व्यवस्थापन योजना संलग्न
☐ छ, प्रकार इंकित गर्नुहोस्	☐ टाइप 1 ☐ टाइप 2	☐ HgbA1c नतिजाहरू:____________झिकेको मिति: ____________

मधुमेह र पूर्व-मधुमेहको लागि जोखिम कारकहरू:

यदि BMI% > 85% छ र 2 वा बढी जोखिम कारकहरू छन् भने T2DM को लागि स्क्रिनिङ गर्ने बारे सोच्नुहोस्: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; र/वा pre-diabetes.

BMI____________kg/m2 **प्रतिशतता (वजन स्थिति कोटि):** ☐ <5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th र<

हाइपरलिपिडेमिया ☐ **हुन्न** ☐ **हुन्छ** **उच्च रक्तचाप:** ☐ **हुन्न** ☐ **हुन्छ**

शारीरिक परिक्षण/मुल्यांकन

उचाई: **वजन:** **ब्लड प्रेसर(BP):** **पल्स:** **श्वास प्रश्वास:**

टेस्टहरू	**सकारात्मक**	**नकारात्मक**	**मिति**
PPD/ PRN	☐	☐	
सिकल सेल स्क्रिन/PRN	☐	☐	
नेतृत्व स्तर आवश्यक ग्रेडहरू Pre- K र K			**मिति**
☐ परीक्षण गरियो ☐ नेतृत्व बढेको > 10 µg/dL			

अन्य रहेका मेडिकल चासोहरू

एउटा काम गर्ने: ☐ आँखा ☐ मृगौला ☐ अन्डकोष

☐ टाउकोको चोट (कन्कसन)- अन्तिम घटेको: ____________

☐ मानसिक स्वास्थ्य: ____________

☐ अन्य:

☐ **प्रणालीको समीक्षा र परीक्षा पूर्ण रुपमा सामान्य**

कुनै पनि सामान्य सीमाहरू भन्दा *__बाहिर__* को मूल्यांकन बाक्सामा चेक गर्नुहोस् र तल असामान्यताहरु अन्तर्गत नोट गर्नुहोस्

☐ HEENT	☐ लिम्फ नोडहरू	☐ पेट	☐ चरमताहरू	☐ बोली
☐ दाँत	☐ कार्डियोभास्कुलर	☐ ढाड/मेरुदण्ड	☐ छाला	☐ सामाजिक भावनात्मक
☐ घाँटी	☐ फोक्सो	☐ जननेन्द्रिय	☐ स्नायु सम्बन्धि	☐ मस्कोस्केलेटल

☐ मुल्यांकन/ नोट गरिएको असामान्यताहरू/ सिफारिसहरू

☐ थप जानकारी संलग्न गरिएको

निदान/ समस्याहरू (सूची)	ICD-10 कोड
____________	____________
____________	____________
____________	____________
____________	____________

नाम:				जन्म मिति:
जाँचहरू				
दृष्टि	**दायाँ**	**बायाँ**	**सिफारिस**	**नोटहरू**
दुरीमा स्पष्टता	20/	20/	☐ हो ☐ होइन	
लेन्सको साथमा दुरीमा सटिकता	20/	20/		
दृष्टि – नजिकको दृष्टि	20/	20/		
दृष्टि – रंग ☐ पास ☐ फेल				
सुन्ने	**दायाँ** dB	**बायाँ** dB	**सिफारिस**	
स्वरमा शुद्धताको जाँच			☐ हो ☐ होइन	
बांगो ढाड ग्रेड 9 का केटाहरूलाई चाहिने	**नकारात्मक**	**सकारात्मक**	**सिफारिस**	
र 5 र 7 ग्रेडका केटीहरू	☐	☐	☐ हो ☐ होइन	
विचलनको डिग्री:		तल्लो शरीर घुमाउने कोण:		

सिफारिसहरू :

शारीरिक शिक्षा / खेलकुद / खेल मैदान / कामको लागि सिफारिसहरू

☐ शारीरिक शिक्षा र खेलकुद सहित बिना प्रतिबन्ध **पूर्ण गतिविधि**।

☐ **प्रतिबन्ध / अनुकूलन** प्रतिबन्ध वा संशोधनहरूको लागि अन्तर विद्यालय खेलकुद वर्गहरू (तल) प्रयोग गर्नुहोस्

- ☐ **कुनै सम्पर्क नहुने खेलहरू** **समावेश छन् :** बेसबल, बास्केटबल, प्रतिस्पर्धी चीयरलीडिंग, फिल्ड हकी, फुटबल, आइस हकी, ल्याक्रस, सकर, सफ्टबल, भलिबल, र कुश्ती
- ☐ **गैर-सम्पर्क नहुने खेलहरू** **समावेश छन् :** तीरन्दाजी, ब्याडमिन्टन, बलिङ, क्रस-कन्ट्री, फेन्सिङ, गल्फ, जिम्नास्टिक, राइफल, स्की, पौंडी र डाइभिंग, टेनिस, र ट्र्याक र क्षेत्र
- ☐ **अन्य प्रतिबन्धहरू :**

☐ **खेलाडी प्लेसमेन्ट प्रक्रियाका लागि मात्र विकासको चरण**

ग्रेड 7 र 8 ले उच्च स्कूल स्तरमा खेल्छ **वा** ग्रेड 9-12 ले माध्यमिक स्कूल स्तरमा खेल खेल्छ

विद्यार्थी **ट्यानर चरणमा** छ : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ **आवास:** व्याख्या गर्नको लागि तलको थप ठाउँ प्रयोग गर्नुहोस्

☐ ब्रेस*/ अर्थोटिक	☐ कोलोस्ट्रोमी उपकरण*	☐ श्रवण यन्त्र
☐ इन्सुलिन पम्प/ इन्सुलिन सेन्सर*	☐ चिकित्सा/ कृतिम अंग उपकरण*	☐ पेसमेकर/ डिफाइब्रिलेटर*
☐ सुरक्षात्मक उपकरण	☐ खेलकुद सुरक्षा चस्माहरू	☐ अन्य:

*खेलकुद प्रतियोगिताहरूमा उपकरणको प्रयोग गर्नको लागि पूर्व स्वीकृति चाहिने / फारम भर्नु पर्ने हुन्छ कि हुँदैन भनेर खेलाडी नियमक निकायको साथमा जाँच गर्नुहोस्।

व्याख्या गर्नुहोस् : ______________________________

औषधोपचारहरू

☐ **औषधोपचारको लागि स्कूलमा आवश्यक अर्डर फारम(हरू) संलग्न छ**

घरमा गरिएको औषधोपचारको सूची:		

खोपहरू

☐ संलग्न अभिलेख ☐ NYSIIS मा रिपोर्ट गरियो आज प्राप्त गरियो : ☐ हो ☐ होइन

स्वास्थ्य सेवा प्रदायक

मेडिकल प्रदायकको हस्ताक्षर:	**मिति:**
प्रदायकको नाम : (कृपया लेख्नुहोस्)	छाप :
प्रदायकको ठेगाना:	
फोन:	
फ्याक्स:	

कृपया यो फारम पुरा भरेपछि तपाईंको बच्चाको स्कूलमा फिर्ता गर्नुहोस्।

SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT
Health Services
Jaime Alicea, Superintendent of Schools

दन्त चिकित्सक स्वास्थ्य प्रमाणपत्र

आमाबाबु/ अभिभावक : न्यूयोर्क राज्य कानून (अध्याय 281) ले स्कूलहरूलाई पूर्व-K वा K स्कूलमा प्रवेश गर्दा यदि तिनीहरू स्कूल डिस्ट्रिक्ट, र ग्रेड 1,3,5,7,9, र 11 मा नयाँ भएमा दाँत परीक्षणको लागि अनुरोध गर्न अनुमति दिन्छ । कृपया खण्ड 1 पुरा गर्नुहोस् र **यो फारमलाई आंकलनको लागि तपाईंको दन्त चिकित्सकको मा लैजानुहोस्** । यदि तपाईंको बच्चाले स्कूल सुरु गर्नु अघि दाँतको जाँच गराएको छ भने, आफ्नो दन्त चिकित्सकलाई खण्ड 2 भर्न लगाउनुहोस् । भरेको फारम स्कूलको मेडिकल निर्देशक वा स्कूलको नर्सलाई जतिसक्दो चाँडो फिर्ता गर्नुहोस् ।

खण्ड 1. अभिभावक वा संरक्षकले भर्नु पर्ने (कृपया लेख्नुहोस)

बच्चाको नाम: थर मध्यको पहिलो

जन्म मिति:	लिङ्ग: ☐ पुरुष ☐ महिला	के यो तपाईंको बच्चाको दन्त चिकित्सकसँगको पहिलो भ्रमण हो ? ☐ हो ☐ होइन
विद्यालय:		**कक्षा**

के तपाईले आफ्नो बच्चाको मुखमा कुनै समस्या देख्नुभयो जसले बच्चाको चपाउने, बोल्ने वा स्कूल गतिविधिहरूमा ध्यान केन्द्रित गर्ने क्षमतामा हस्तक्षेप गर्छ ? ☐ हो ☐ होइन

यो फारममा हस्ताक्षर गरेर मैले आधारभूत मौखिक स्वास्थ्य आंकलन प्राप्त गर्नको लागि माथि उल्लिखित बच्चाको लागि सहमत गर्दैछु भनेर मैले बुझेको छु । म बुझ्दछु कि यो आंकलन विद्यार्थीको दाँतको स्वास्थ्यको मूल्यांकन गर्ने सीमित माध्यम मात्र हो, र मेरो बच्चाले राम्रो मुखको स्वास्थ्य कायम राख्नको लागि, आवश्यक भएमा एक्स-रे सहित दाँतको पूर्ण जाँचको लागि दन्त चिकित्सकको सेवाहरू लिनुपर्ने हुन्छ ।

प्रारम्भिक मुखको स्वास्थ्य आंकलन प्राप्त गर्दा यसले कुनै पनि नयाँ, चलिरहेको वा निरन्तरता रहेको डाक्टर र बिरामीको सम्बन्ध स्थापना गर्दैन भनेर म मैले बुझेको छु । यसबाहेक, म दन्त चिकित्सक वा यो आंकलन गर्ने व्यक्तिलाई मैले तल सूचीबद्ध सुझावहरू पालना नगरेको कारणले हुने नतिजा वा परिणामको लागि जिम्मेवार ठहर्याउने छैन ।

*आमाबाबुको हस्ताक्षर*______________________________ *मिति* ____________________

खण्ड 2. दन्त चिकित्सकले भर्नुपर्ने

I. मिति______________________________(जाँच गरेको दिन) मा को **दन्त स्वास्थ्य स्थिति जाँचको मिति अनुरोध गरिएको स्कूल वर्ष सुरू भएको 12 महिना भित्र हुनु पर्छ । एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस् :**

☐ हो, माथि सूचीबद्ध विद्यार्थी दन्त स्वास्थ्य सर्तको लागि सार्वजनिक विद्यालयहरूमा उसको उपस्थितिलाई अनुमति दिन योग्य छन् ।

☐ होईन, माथि सूचीबद्ध विद्यार्थी दन्त स्वास्थ्य सर्तको लागि सार्वजनिक विद्यालयहरूमा उसको उपस्थितिलाई अनुमति दिन योग्य छैन ।

नोट: दन्त स्वास्थ्यको सर्तको लागि योग्य नहुनु भनेको विद्यमान सर्तले विद्यार्थीको चपाउने, बोल्ने वा दाँतलाई किराले खाएको क्लिनिकल प्रमाणसँग सम्बन्धित दुखाई, सुन्निएको वा संक्रमण सहित स्कूल गतिविधिहरुमा ध्यान केन्द्रित गर्न बाधा पुग्ने अवस्था रहेको बुझिन्छ । सार्वजनिक स्कूलमा उपस्थितिको अनुमतिको लागि दन्त स्वास्थ्यको सर्तको लागि योग्य नहुनुले स्कूलमा विद्यार्थीको उपस्थितिलाई बाधा पुर्याउँदैन ।

दन्त चिकित्सकको नाम र ठेगाना **(कृपया छाप लगाउनुहोस)** दन्त चिकित्सकको हस्ताक्षर

वैकल्पिक खण्डहरू - यदि तपाईं यो जानकारी तपाईंको बच्चाको स्कूलमा जारी गर्न सहमत हुनुहुन्छ भने, कृपया यहाँ सानो हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।

II. मौखिक स्वास्थ्य स्थिति (लागू हुने सबैमा जाँच गर्नुहोस्)।

☐ हो ☐ होइन **अनुभव / इतिहासको पुनर्स्थापना समेट्छ -** के पहिले बच्चाको दाँत किराले खाएको (उपचार गरिएको वा नगरिएको) थियो ? [भरिएको (अस्थायी / स्थायी) वा प्वाल परेको कारणले दाँत उखेलेको थियो वा किराले खाएको थियो]।

☐ हो ☐ होइन **उपचार नगरिएको प्वाल परेको दाँतहरू -** के यो बच्चाको दाँत किराले खाएको छ ? [इनेमेलको सतहमा कम्तीमा ½ मिमी दाँतको संरचना हराएको । घाउको भित्ताहरू खैरो देखि गाढा खैरो रंगको भएको । यी मापदण्डहरू खाडलहरू र फाटिएका किराले खाएका घाउहरूको साथै चिप्लो दाँतको सतहहरूमा लागू हुन्छ । यदि जरा राखिएको छ भने, पूरा दाँत किराले खाएर क्षतिग्रस्त भएको मान्नुहोस् । टुक्रिएको वा चिरा परेको दाँत तथा अस्थायी रुपमा भरिएको दाँतलाई पनि किराले खाएको घाउ नभएसम्म राम्रो मानिन्छ] ।

☐ हो ☐ होइन दाँत भर्ने सिलेन्ट उपस्थित छ

अन्य समस्याहरु (उल्लेख गर्नुहोस): ______________________________

III. उपचारको आवश्यकताहरू (लागू हुने सबै चेक गर्नुहोस)

☐ कुनै स्पष्ट समस्या छैन । नियमित दन्त स्याहारको सिफारिस गरिन्छ । तपाईंको दन्त चिकित्सकलाई नियमित रुपमा भेट्नुहोस् ।

☐ दन्त स्याहार आवश्यक पर्न सक्छ । कृपया आंकलनको लागि जति सक्दो चाँडो तपाईंको दन्त चिकित्सकसँग भेट्ने समय मिलाउनुहोस् ।

☐ तत्काल दन्त स्याहार आवश्यक छ । कृपया समस्याबाट जोगिनको लागि आफ्नो दन्त चिकित्सकसँग तुरुन्तै भेट्ने समय निर्धारण गर्नुहोस् ।

दन्त सेवाहरू प्रदान गर्ने संस्थाहरू

प्रदायक	ठेगाना	टेलिफोन
Loretto Geriatric Center	700 E. Brighton Ave.	(315) 469-5561
St. Joseph's Hospital Health Center	301 Prospect Ave.	(315) 448-5477
Syracuse Community Health Center	819 S. Salina St.	(315) 476-7921
Syracuse Community Health Center	1938 E. Fayette St.	(315) 474-4077
Syracuse Community Health Center	603 Oswego St.	(315) 424-0800
University Hospital SUNY Health Science Center	750 E. Adams St.	(315) 464-4320