২০ টি শিশু দিবাযত্ন কেন্দ্র স্থাপন প্রকল্প মহিলা বিষয়ক অধিদপ্তর

শিশু ভর্তি ফরম

শিশুর ০২ কপি পাসপোর্ট সাইজ ছবি

পার্ট-১: শিশুর তথ্য	
১। শিশুর নাম :	
২। লিঙা (√চিহ্ন দিন): □ ে	ছলে শিশু
	ময়ে শিশু
৩। শিশুর জন্ম তারিখ ও জন্ম স	নদ নম্বর:
৪। ভতির্র তারিখ:	দিন মাস বছর
৫। ভতির্র তারিখে শিশুর বয়স:	দিন মাস বছর
৬। শিশুর বর্তমান ওজনঃ	উচ্চতাঃ জন্ম চিহ্নঃ
পার্ট-২: শিশুর চিকিৎসা সং	ক্রান্ত তথ্য
	ক্রান্ত তথ্য অসুস্থতা (মারাত্বক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা:
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে -	
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে - ক) ঔষধের নাম, সেবনের মা	অসুস্থতা (মারাত্বক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা:বন করে কিনা? হ্যাঁ 🔲 না 🔲
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে - ক) ঔষধের নাম, সেবনের মা খ) রোগের কারণ:	অসুস্থতা (মারাত্বক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা: বন করে কিনা? হ্যাঁ
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে - ক) ঔষধের নাম, সেবনের ম খ) রোগের কারণ:	অসুস্থতা (মারাত্বক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা: বন করে কিনা? হাাঁ
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে - ক) ঔষধের নাম, সেবনের মা খ) রোগের কারণ: গ) প্রেসক্রিপশন সংযুক্ত করে ৯। ক) শিশুর চোখ, কান ও দাঁতে	অসুস্থতা (মারাত্বক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা: বন করে কিনা? হাাঁ না না ত্রা ও সময় : ছেন কিনা ? হাাঁ না
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে - ক) ঔষধের নাম, সেবনের মা খ) রোগের কারণ: গ) প্রেসক্রিপশন সংযুক্ত করে ৯। ক) শিশুর চোখ, কান ও দাঁতে খ) হাাঁ হলে পরীক্ষার ফলাফ	অসুস্থতা (মারাত্বক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা: বন করে কিনা? হাাঁ না না ত্রা ও সময় : ত্রি কিনা ? হাাঁ না না তর পরীক্ষা করা হয়েছে কিনা? হাাঁ না না
৭। শিশুর বিশেষ কোন শারিরীক ৮। শিশু নিয়মিত কোন ঔষধ সে হাাঁ হলে - ক) ঔষধের নাম, সেবনের মা খ) রোগের কারণ: গ) প্রেসক্রিপশন সংযুক্ত করে ৯। ক) শিশুর চোখ, কান ও দাঁতে খ) হাাঁ হলে পরীক্ষার ফলাফ ১০। ক) শিশুর বিশেষ কোন খারে	অসুস্থতা (মারাত্মক যখম বা অপারেশন) থাকলে তার বর্ণনা: বন করে কিনা? হাাঁ

১১। ক) শিশুর করোনা/জলবসন্ত/মাম্পস/ অন্যান্য কোন সংক্রামক রোগ হয়েছিল কিনা? হ্যাঁ 🗌 না 🗌				
খ) হ্যাঁ হলে তার প্রমাণপত্রঃ				
খ) হ্যাঁ হলে তার প্রমাণপত্রঃ				
<u>.</u>	_			
খ) (৬ওর না হলে) কোন কোন ।৮ক	া দেওয়া হয়নি:			
১৩। আপনার শিশুর শীর্ষ তিনটি উল্লেখযে	যাগ্য গুনাবলী চিহ্নিত করুন:			
🗆 সাহসী	□ সহানুভূতিশীল □ স্লেহময়	□ সামাজিক		
্র সহযোগী	🗆 উৎসাহী 🗆 অনুগত	🗆 হাস্যোজ্বল		
্ৰ স্জনশীল	্র উদ্দমী সংগীতপ্রে			
□ কৌতূহলী □ খেলাধুলায় আগ্রহী	্ৰ বন্ধুসুলভ ্ৰ কৌতুকপূৰ্ণ			
ा देशायूगात्र आद्यरा	□ কল্পনাপ্রবণ □ সম্ভাবনাম	S		
১৪। আপনার শিশুর শীর্ষ তিনটি দূর্বল দি	ক চিহ্নিত করুন:			
□ রাগী	□ নিয়ম ভংজার প্রবণতা	□ শ্রবণ ক্ষমতার হাস		
🗌 আক্রমনাত্মক মনোভাব	🗆 বিকাশে বিলম্ব	□ ভাষা বিকাশে বিলম্ব		
🗆 অস্থিরতা	🗆 সংবেদনশীল	🗆 শেখার অক্ষমতা		
□ ভয়/উদ্বেগ/অস্বস্তি	🗆 অসামাজিক মনোভাব	□ মিথ্যা বলা		
্ৰ অমনোযোগী				
🗆 ব্যাধিগ্রস্ত				
১৫। (ক) আপনার শিশুর সামাজিক, আবেগীক, স্পর্শকাতর ও আচরণগত কোন উদ্বেগ আপনার আছে কি ? হাাঁ 🔲 না 🔲				
(খ) (উত্তর হ্যাঁ হলে) তার সংক্ষিপ্ত বি	ববরণ:			
পার্ট-৩: জরুরি যোগাযোগ ও সে	ন্টারে শিশুকে দেওয়া-নেওয়ায় নিয়োজিত	ব্যক্তিবর্গের তালিকা		
১৬। ক) নাম:	ঠিকানা:			
জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:				
মোবাইল নম্বর:	শিশুর সাথে সম্পর্ক:			
খ) নাম: ঠিকানা:				
জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:				
মোবাইল নম্বর:	শিশুর সাথে সম	পর্ক:		

পার্ট-৪: প্রয়োজনীয় সংযুক্তিসমূহ (√ চিহ্ন দিন) পিতা-মাতা বা অভিভাবকের ২ (দুই) কপি পাসপোর্ট সাইজের ছবি; □ শিশুর ২ (দুই) কপি পাসপোর্ট সাইজের ও ২ (দুই) কপি স্ট্যাম্প সাইজের ছবি; □ শিশ্র ২ (দৃই) কপি টিকা কার্ড; □ এককালীন অফেরতযোগ্য ভর্তি ফি; □ ২ (দুই) মাসের মাসিক সেবামূল্য (এক মাসের অগ্রীম জামানত+চলতি মাস); □ শিশু অসুস্থতা নীতি সংক্রান্ত অজ্ঞীকারনামা; □ শিশুকে জর্রি চিকিৎসা সেবা প্রদানের সম্মতিপত্র; □ শিশুর কার্যাবলি, বিশেষ অনুষ্ঠানের ছবি ও তথ্যচিত্র ব্যবহারের অনুমতিপত্র; □ শিশুর একজোড়া ইউনিফর্ম (শিশু দিবাযত্ন কেন্দ্রের জন্য নির্ধারিত ইউনিফর্ম); শিশুর পরিচয়পত্র সরবরাহের জন্য এককালীন ২৫০/- (কার্ড হোল্ডার ,ঝুলানোর ফিতা, প্রিন্টিং ও লেমিনেটিং খরচ বাবদ)। এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরের সকল তথ্যাবলী আমার জানা, সত্য ও সঠিক এবং শিশু ভর্তির সকল নিয়ম মেনে আমার শিশুকে সেন্টারে ভর্তি করছি। মাতা বা পিতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর তারিখ পার্ট-৫: শিশুর অসুস্থতা নীতি সংক্রান্ত অজীকারনামা দিবাযত্ন কেন্দ্রে আপনার সন্তান এবং অন্য শিশুদের সুস্থতার স্বার্থে আপনার শিশু রোগাক্রান্ত হলে তাকে ঘরেই রাখবেন। যদি কোভিড-১৯ ভাইরাসে পরিবারের কোন সদস্য সংক্রমিত হয়ে থাকে তবে অবশ্যই কোয়ারেন্টাইনে থাকবেন এবং স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় কর্তৃক প্রদত্ত সুস্থতার প্রত্যয়ণ পাওয়ার পর সেন্টারে শিশুকে নিয়মিত করবেন। জ্বর হলে শিশুকে দিবাযন্ন কেন্দ্রে প্রেরণ করা থেকে বিরত থাকবেন। সেক্ষেত্রে জ্বর কমে যাওয়ার পর পরবর্তী ২৪ ঘন্টা পর্যন্ত শিশুর দেহের স্বাভাবিক তাপমাত্রা (৯৮.৬ ডিগ্রি ফারেনহাইট) থাকলে তবেই তাকে দিবাযত্ন কেন্দ্রে পাঠাবেন। ডায়রিয়া, বদহজম, পেটে ব্যথা দেখা দিলে সেন্টারে পাঠানো থেকে বিরত থাকবেন। এ অবস্থায় দ্রুত চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ব্যবস্থা নিবেন। ডায়রিয়া থেকে সুস্থ হবার পর ২৪ ঘন্টা পর্যবেক্ষণ করে শিশুকে কেন্দ্রে পাঠাতে পারবেন। এক্ষেত্রে চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র সংযুক্ত করতে হবে। চোখ উঠা, চোখে এলার্জি কিংবা চোখ থেকে তরল নিঃসরণ হলে সুস্থ না হওয়া পর্যন্ত দিবাযত্ন কেন্দ্রে পাঠানো থেকে বিরত থাকবেন। সুস্থ হওয়ার পর ২৪ ঘন্টা বাড়িতে পর্যবেক্ষণ করে কেন্দ্রে পাঠাবেন। যে কোন কারণে বিম হলে শিশুর বিম বন্ধ হওয়ার পর ২৪ ঘন্টা পর্যবেক্ষণ করে কেন্দ্রে পাঠাবেন। বিভিন্ন চর্মরোগ যেমন- একজিমা, স্ক্যাবিস, চুলকানী প্রভৃতি দেখা দিলে শিশুকে সুস্থ না হওয়া পর্যন্ত সেন্টারে পাঠানো থেকে বিরত থাকবেন এবং দুত চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ব্যবস্থা নিবেন। চিকেন পক্স অথবা জলবসন্ত হলে সুস্থ হবার (১৮-২১) দিন পর শিশুকে কেন্দ্রে নিয়মিত করবেন। শিশুর মাথায় উকুন ও অন্যান্য পরজীবীর সংক্রমণ হলে সেন্টারে পাঠানো থেকে বিরত থাকবেন এবং দুত চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ব্যবস্থা নিবেন। যদি কেন্দ্রে আপনার শিশু অসুস্থ হয়ে পড়ে এবং ঐ মুহূর্তে আপনাকে অবগত করা হয় তবে যত দুত সম্ভব আপনার শিশুকে দিবাযত্ন কেন্দ্র থেকে নিয়ে যাওয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো। শিশু পরিপূর্ণরূপে সুস্থ না হওয়া পর্যন্ত কেন্দ্রে শিশুকে কখনই গ্রহণ করা হবে না।

তারিখ: —

তারিখ: -

মাতা-পিতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্বাস্থ্য শিক্ষিকার স্বাক্ষর

পার্ট-৬: জরুরি চিকিৎসা সেবা প্রদানের সম্মতি

কোন দুর্ঘটনা বা অসুস্থতার কারণে উদ্ভূত জরুরি পরিস্থিতিতে শিশুকে তাৎক্ষণিক চিকিৎসা দেওয়ার প্রয়োজন হলে এবং সেই মুহূর্তে পিতামাতা বা অভিভাবকের সাথে যোগাযোগ করা সম্ভব না হলে নিম্নে উল্লিখিত শিশুকে প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সেবা প্রদানের জন্য নিকটস্থ হাসপাতালে বা চিকিৎসা কেন্দ্রে নিয়ে যাওয়ার অনুমতি প্রদান করা হলো। স্বাস্থ্য শিক্ষিকা শিশুটির সংশ্বে চিকিৎসা কেন্দ্রে যাবেন এবং চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী শিশুটিকে চিকিৎসা সেবা প্রদান করবেন। আমি আরও সম্মতি প্রদান করছি যে, এ জরুরি অবস্থায় আমার শিশুর সকল চিকিৎসা সংক্রান্ত ব্যয় বহন করা আমার দায়িত্ব।				
শিশুর নাম:				
মাতা-পিতা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর:	_ তারিখ: ———			
পার্ট-৭: শিশুর কার্যাবলী ও বিশেষ অনুষ্ঠানের ছবি ও তথ্যচিত্র	ব্যবহারের অনুমতি			
আমি আমার শিশু	এর ছবি ও তথ্যচিত্র ব্যবহারে সম্মতি দিলাম।			
১. কেন্দ্রের সামাজিক যোগাযোগ মাধ্যম যেমন ফেসবুকে ব্যবহারের জন্য	: হাাঁ 📗 না 📗			
২. দিবাযত্ন কেন্দ্রের ওয়েবসাইটে ব্যবহারের জন্য	: হাাঁ 🗌 না 📗			
৩. অন্যান্য অভিভাবকের ব্যবহারের জন্য	: হাাঁ 🔲 না 🔲			
৪. পোস্টার বা লিফলেটে ব্যবহারের জন্য	: হাাঁ 🗆 না 🗆			
মাতা-পিতা বা অভিভাবক স্বাক্ষর:	তারিখ:			
পার্ট-৮: অফিস কর্তৃক পূরণীয়				
 □ ভর্তিকৃত শিশুর নাম: □ ভর্তি রেজিস্ট্রেশন নম্বর: □ ভর্তিকৃত শিশুর মাতা ও পিতার নাম: 				
□ ভর্তি ফরম যথাযথভাবে পূরণ করা হয়েছে কিনা সে বিষয়ে মন্তব্য:				
 প্রয়োজনীয় কাগজপত্র সংযুক্ত রয়েছে কিনা সে বিষয়ে মন্তব্য: 				
—— ভর্তি যাচাইকারীর স্বাক্ষর (শিক্ষিকা/স্বাস্থ্য শিক্ষিকা)	 তারিখ			
——— ডে-কেয়ার অফিসারের স্বাক্ষর	———— তারিখ			

২০টি শিশু দিবাযত্ন কেন্দ্র স্থাপন প্রকল্প মহিলা বিষয়ক অধিদপ্তর

শিশু ভর্তির অজীকারনামা

আমি বুঝতে পেরেছি যে সময়মত মাসিক সেবামূল্য প্রদান করতে ব্যর্থ হলে আমার শিশুর দিবাকালীন সেবা অব্যাহত রাখা হবে না। আমার শিশুকে অবশ্যই বিকাল ৬.০০ ঘটিকার মধ্যে কেন্দ্র থেকে নেওয়ার ব্যবস্থা করবো। তবে বিশেষ প্রয়োজনে আমার শিশুকে বিকাল ৬:০০ টার পরে নিতে আসলে প্রতি মিনিটের জন্য ৫/- (পাঁচ) টাকা এবং ৬:৩০ টার পর প্রতি মিনিটের জন্য ২৫/- (পচিশ) টাকা ফি প্রযোজ্য হবে যা দায়িত্বে নিয়োজিত কর্মীকে দিতে বাধ্য থাকবো।

এই শর্তগুলি মেনে শিশু দিবাযত্ন কেন্দ্রে আমি আমার শিশু ভর্তি করার জন্য ভর্তি ফরমের সাথে নিম্নলিখিত কাগজ পত্রাদি সংযুক্ত করেছি।

(√	চিহ্ন দিন)		
	পিতা-মাতা বা অভিভাবকের ২ (দুই) কপি পাসপোর্ট সাইজের ছবি;		
	্র □ শিশুর ২ (দৃই) কপি পাসপোর্ট সাইজের ও ২ (দৃই) কপি স্ট্যাম্প সাইজের ছবি;		
	□ শিশুর ২ (দৃই) কপি টিকা কার্ড;		
	 এককালীন অফেরতযোগ্য ভর্তি ফি; 		
	□ ২ (দুই) মাসের মাসিক সেবামূল্য (এক মাসের অগ্রীম জামানত+চলতি মাস);		
	☐ শিশু অসুস্থতা নীতি সংক্রান্ত অভ্গীকারনামা;		
	শিশুকে জরুরি চিকিৎসা সেবা প্রদানের সম্মতিপত্র;		
	্র নার্যাবলি, বিশেষ অনুষ্ঠানের ছবি ও তথ্যচিত্র ব্যবহারের অনুমতিপত্র;		
	শিশুর একজোড়া ইউনিফর্ম (শিশু দিবায়ত্ন কেন্দ্রের জন্য নির্ধারিত ইউনিফর্ম);		
	শিশুর পরিচয়পত্র সরবরাহের জন্য এককালীন ২৫০/- (কার্ড হোল্ডার ,ঝুলানোর ফিতা, প্রিন্টিং ও লেমিনেটিং খরচ		
	वांत्रम्)।		
ত	ভিভাবকের নাম : ————		
ত	ভিভাবকের স্বাক্ষর :		
ত	ারিখ :		
Ç	5-কেয়ার অফিসারের নাম:		
Ç	ছ-কেয়ার সেন্টারের নাম <u>:</u> তারিখ:		