

"আপনার হাসি গণনা করুন" ২০২২

প্রিয় বাবা-মা বা অভিভাবক,

আপনার শিক্ষার্থীর তৃতীয় গ্রেডের ক্লাসরুম স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগের তৃতীয় গ্রেডের শিক্ষার্থীদের মৌখিক স্বাস্থ্যের স্টেটব্যাপী মূল্যায়নে অংশ নেয়ার জন্য নির্বাচিত হয়েছে যা "আপনার হাসি গণনা করুন" নামে পরিচিত। এই প্রোগ্রামটি মিশিগানের স্বাস্থ্য ও মানবাধিকার পরিষেবা বিভাগ (MDHHS) এর ওরাল হেলথ ইউনিট এর পৃষ্ঠপোষকতায় পরিচালিত হচ্ছে।

একজন দাঁতের স্বাস্থ্যবিদ আপনার সন্তানের দাঁতের সংখ্যা গণনা এবং দাঁতের সমস্যা রয়েছে কিনা যাচাই করার জন্য বিনামূল্যে ডেন্টাল স্ক্রিনিং সম্পন্ন করবেন। কোনো এক্স-রে নেয়া হবে না এবং কোনো দাঁতের চিকিৎসা প্রদান করা হবে না। *এই স্ক্রিনিং নিয়মিত ডেন্টাল চেকআপ অথবা আপনার শিক্ষার্থীর স্কুল সাইটের অন্যান্য ডেন্টাল প্রোগ্রামের জায়গায় পড়েনা।* আপনার শিক্ষার্থীর দস্ত সেবা সম্পর্কে আপনাকে অবগত করে বাড়িতে একটি চিঠি আসবে।

যদি আপনি আপনার শিক্ষার্থীকে এই ডেন্টাল স্ক্রিনিং এ অংশ নিতে দিতে চান, তাহলে আপনার এই ফরমটি ফেরত দেয়ার প্রয়োজন হবে না।

অনুগ্রহ করে নিশ্চিত থাকুন যে দাঁতের স্বাস্থ্যবিদ রোগ নিয়ন্ত্রণ ও প্রতিরোধ কেন্দ্র (CDC) কর্তৃক নির্ধারণ করা সকল সংক্রমণ বিষয়ক নিয়ন্ত্রণমূলক নির্দেশনা অনুসরণ করবেন। আপনার শিক্ষার্থীর স্ক্রিনিং থেকে শনাক্তকারী কোনো তথ্য MDHHS (এমডিএইচএইচএস) এর সাথে শেয়ার করা হবে না।

মিশিগানের শিশুদের দস্ত সেবা কিভাবে উন্নত করা যায় তা শিখতে আমাদের সাহায্য করার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। যদি আপনার "আপনার হাসি গণনা করুন" স্ক্রিনিং সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে oralhealth@michigan.gov ঠিকানায় MDHHS এর সাথে যোগাযোগ করুন।

এই ডকুমেন্টটি স্প্যানিশ ভাষায় পড়তে, ভিজিট করুন: Michigan.gov/OralHealth এবং নিচের দিকে স্ক্রল করে "অনূদিত স্কুলের স্ক্রিনিং এর ডকুমেন্ট" অংশে যান।
এই ডকুমেন্টটি আরবি ভাষায় পড়তে, ভিজিট করুন: Michigan.gov/OralHealth এবং নিচের দিকে স্ক্রল করে "অনূদিত স্কুলের স্ক্রিনিং এর ডকুমেন্ট" অংশে যান।
এই ডকুমেন্টটি বাংলা ভাষায় পড়তে, ভিজিট করুন: Michigan.gov/OralHealth এবং নিচের দিকে স্ক্রল করে "অনূদিত স্কুলের স্ক্রিনিং এর ডকুমেন্ট" অংশে যান।



যদি আপনি আপনার শিক্ষার্থীর ডেন্টাল স্ক্রিনিং করাতে না চান, তাহলে অনুগ্রহ করে না বক্সে টিক দিন, স্বাক্ষর করুন, এবং আগামীকাল অথবা যত দ্রুত সম্ভব আপনার শিক্ষার্থীর শিক্ষকের কাছে জমা দিন।

শিক্ষার্থীর পুরো নাম:

প্রথমাংশ _____ মধ্যাংশ _____ শেষাংশ _____

_____, আমি আমার শিক্ষার্থীর ডেন্টাল স্ক্রিনিং করাতে চাই না

বাবা-মা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

শিক্ষকের নাম: _____ কক্ষ: _____