



পার্ট A কিট - যৌন নিপীড়ন

প্রমাণ সংগ্রহ এবং প্রকাশ বা সংরক্ষণের জন্য রোগীর সম্মতির ফর্ম

রোগীর লেবেল সংযুক্ত করুন
অথবা রোগীর নাম লিখুন: _____

আরও তথ্য			
রোগীর ফোন নম্বর:		রোগীর ইমেইল:	
সুবিধার নাম:			

নির্দেশ: এই ফর্মটি কোনো যৌন নিপীড়নের রোগী বা তার অভিভাবক প্রমাণ সংগ্রহের অনুমোদন দিলে ব্যবহার করা হয়। অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট স্থানে রোগীর / অভিভাবকদের নামের আদ্যক্ষর লিখুন; সম্পূর্ণ স্বাক্ষর ফর্মের নিচে প্রয়োজন হবে।

একজন প্রাপ্তমনস্ক নাবালক হাসপাতালের জরুরি বিভাগে আসলে, তিনি যৌন নিপীড়ন-পরবর্তী যত্নের সময়, পিতামাতাকে এর মধ্যে জড়িত না করে, ফরেনসিক পরীক্ষায় সম্মতি দেওয়া বা না দেওয়া বেছে নিতে পারেন।

সম্মতি ফর্মটি যৌন নিপীড়নের জন্য মেডিক্যাল ফরেনসিক পরীক্ষার সমস্ত উপাদান বর্ণনা করার জন্য নয়। প্রদানকারী, রোগী এবং রোগীর কোনো অভিভাবক থাকলে, তাদের মধ্যে ধারাবাহিক মৌখিক যোগাযোগের মাধ্যমে পরীক্ষা চলাকালীন রোগীকে সম্পূর্ণরূপে অবহিত করে তার থেকে সম্মতি নিতে হবে। এই ফর্মটি রোগীর ইলেকট্রনিক মেডিক্যাল রেকর্ডে সেভ করুন। অনুমোদনকারী ব্যক্তি (রোগী অথবা অভিভাবক) এবং আইন প্রয়োগকারীর কাছে একটি করে কপি বিতরণ করা যেতে পারে, যদি তা প্রকাশ করা হয়।

যৌন অপরাধের প্রমাণ সংগ্রহের সম্মতি

আমি প্রদানকারীকে নিউ ইয়র্ক স্টেটের যৌন অপরাধের প্রমাণ সংগ্রহের কিট, পার্ট A (New York State Sexual Offense Evidence Collection Kit, Part A) ব্যবহার করে আমাকে পরীক্ষা করতে এবং যৌন নিপীড়নের প্রমাণ সংগ্রহ করতে দিতে সম্মত। আমি বুঝি যে এর মধ্যে আমার ব্যক্তিগত এবং চিকিৎসার ইতিহাস সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করা, সম্ভাব্য আঘাত বা অন্যান্য চিকিৎসা সংক্রান্ত সমস্যার জন্য আমাকে পরীক্ষা করা এবং প্রমাণের জন্য নমুনা নেওয়া অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। প্রয়োজন হলে, আমি আঘাতের ফটোগ্রাফের জন্য সম্মতি দেওয়া বেছে নিতে পারি। আমি আইন প্রয়োগকারীর কাছে অপরাধের বিষয়ে অভিযোগ জানাতে চাইলে এই প্রমাণ ব্যবহার করা হবে।

আমি জানি যে পরীক্ষার যে কোনো বা সমস্ত অংশে ও প্রমাণ সংগ্রহের যে কোনো সময় আমি সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। প্রদানকারী আমাকে "নিউ ইয়র্ক স্টেট যৌন অপরাধের শিকারের অধিকারের আইন"-এর একটি কপি দিয়ে আমার অধিকার সম্পর্কে জানিয়েছেন এবং আমাকে এটি ব্যাখ্যা করার প্রস্তাব দিয়েছেন।

... পৃষ্ঠা 2-এ যান

অনুগ্রহ করে আপনার পছন্দের পাশে নামের আদ্যক্ষর লিখুন:

প্রমাণ সংগ্রহ হ্যাঁ _____ না _____

ফটোগ্রাফ হ্যাঁ _____ না _____

যৌন অপরাধের প্রমাণ প্রকাশ বা সংরক্ষণের সম্মতি

আমি আইন প্রয়োগকারীকে আমার মামলা সম্পর্কে জানাতে এবং আমার কাছ থেকে সংগৃহীত তথ্য এবং প্রমাণ আইন প্রয়োগকারীকে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারি। প্রমাণের মধ্যে *নিউ ইয়র্ক স্টেট সেক্সুয়াল অফেন্স এভিডেন্স কালেকশন কিট পার্ট A*, *নিউ ইয়র্ক স্টেট সেক্সুয়াল অফেন্স এভিডেন্স কালেকশন কিট পার্ট B*, ফটোগ্রাফ এবং/অথবা পরীক্ষার সময় সংগ্রহ করা অন্য কোনো ব্যক্তিগত আইটেম অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। আইন প্রয়োগকারী আমার প্রমাণ পরীক্ষার জন্য একটি ফরেনসিক ল্যাবে পাঠাবে।

অথবা আমি এই সিদ্ধান্তও নিতে পারি যে আমি আইন প্রয়োগকারীকে কিছু জানাতে চাই না অথবা আমার প্রমাণ এবং সংগৃহীত তথ্য আমি তাদের দিতে চাই না। আমাকে জানানো হয়েছে যে সংগৃহীত প্রমাণ নিরাপদ স্টোরেজে 20 বছরের জন্য রেখে দেওয়া হবে। যদি আমি 20-বছরের স্টোরেজ সময়ের মধ্যে আমার প্রমাণ আইন প্রয়োগকারীকে না দিতে চাই, তাহলে পরবর্তীতে এটি রাজ্য এবং স্থানীয় আইন অনুসারে বাতিল করা হবে।

আমি জানি যে এটি বাতিল না হওয়া পর্যন্ত আমি যে কোনো সময়ে আমার প্রমাণ আইন প্রয়োগকারীর কাছে প্রকাশ করার জন্য বেছে নিতে পারি। আমার প্রমাণ প্রকাশ করার জন্য, আমি চিকিৎসা প্রদানকারীর, আইন প্রয়োগকারী, ভিকটিম সহায়তা প্রোগ্রাম বা নিরাপদ স্টোরেজ সুবিধা। যদি আমার প্রমাণ সরানো হয়, এবং এটি বাতিল করার আগে, আমাকে এ বিষয়ে অবহিত করার জন্য যথাসাধ্য চেষ্টা করা হবে।

আমি বুঝি যে আমার জামাকাপড় এবং প্রমাণ হিসাবে সংগৃহীত অন্য কোনো ব্যক্তিগত আইটেম আমার কাছে ফেরত দেওয়া হবে যদি আমি সেগুলি ফেরত চাই।

অনুগ্রহ করে আপনার পছন্দের পাশে নামের আদ্যক্ষর লিখুন:

আইন প্রয়োগকারীকে জানান হ্যাঁ _____ না _____

আইন প্রয়োগকারীর কাছে প্রমাণ প্রকাশ করুন
(উত্তরে না বেছে নেওয়া হলে, প্রমাণ দীর্ঘ-মেয়াদি সংরক্ষণে পাঠানো হবে) হ্যাঁ _____ না _____

আইন প্রয়োগকারীর কাছে ফটোগ্রাফ প্রকাশ করুন হ্যাঁ _____ না _____

অন্য আইটেমগুলি প্রকাশ করুন (নির্দিষ্ট করুন) _____ হ্যাঁ _____ না _____

... পৃষ্ঠা 3-এ যান

নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুসারে, এই ডকুমেন্টের অনূদিত সংস্করণগুলি মনোনীত ভাষায়
<https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>-এ উপলভ্য

অনুমোদনকারী ব্যক্তি:

রোগী

রোগীর পিতামাতা

রোগীর অভিভাবক

অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন): _____

অনুমোদনকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর

নাম মুদ্রণ করুন

তারিখ

চিকিৎসা প্রদানকারীর স্বাক্ষর

নাম মুদ্রণ করুন

তারিখ

দোভাষীর স্বাক্ষর (যদি থাকে)

নাম মুদ্রণ করুন

তারিখ

বিতরণ: রোগীর মেডিকেল রেকর্ডে মূল নথি; রোগীর কাছে কপি;
আইন প্রয়োগকারীর প্রতি কপি, যদি তাকে জানানো হয়

সম্মতির ফর্ম পার্ট A কিট বক্সে রাখবেন না