

দ্রষ্টব্য:

প্রদানকারী নির্বাচন প্রক্রিয়াটি সম্পূর্ণ করতে এই ফর্মটি পরিষেবা সমন্বয়কারীকে অবশ্যই ফেরত পাঠাতে হবে। পরিষেবা সমন্বয়কারী কর্তৃক চূড়ান্ত বিজ্ঞপ্তি না পাওয়া পর্যন্ত পরিষেবা শুরু করা যাবে না।

আমি বুঝতে পারছি যে উপরোক্ত ছাড়ের জন্য একজন আবেদনকারী/অংশগ্রহণকারী হিসাবে, অনুমোদিত ছাড় পরিষেবা প্রদানকারী এজেন্সির সংযুক্ত তালিকা থেকে আমাকে অবশ্যই একটি প্রদানকারী (গুলি) নির্বাচন করতে হবে। আমার নির্বাচনের সিদ্ধান্তের আগে প্রদানকারীদেরকে সাক্ষাৎকার নেওয়ার জন্য আমাকে উৎসাহিত করা হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে প্রদানকারী (গুলি) আমাকে একটি বিস্তারিত পরিকল্পনার বিকাশ এবং বাস্তবায়নে সাহায্য করবে যা আমার ইচ্ছা এবং চাহিদা প্রতিফলিত করে, আমার স্বাস্থ্য ও কল্যাণ বজায় রাখে এবং গুণমান এবং যথাযথতার জন্য পরিষেবার বিধান পর্যবেক্ষণ করে।

আমি আরও বুঝতে পারছি যে যেকোনও সময় আমি আমার প্রদানকারী এজেন্সি পরিবর্তন করতে পারব এবং এখনও ছাড়ের জন্য যোগ্য হতে পারব।

অনুমোদিত প্রদানকারী এজেন্সির তালিকা থেকে, আমি নির্বাচন করেছি:

প্রদানকারী এজেন্সির নাম: _____ টেলিফোন _____

প্রদানকারীর ঠিকানা _____

এই প্রদানকারী এজেন্সিকে, আমি নিম্নলিখিত পরিষেবার জন্য অনুরোধ করছি:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

আবেদনকারীর সম্পূর্ণ নাম: _____

আবেদনকারীর স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

আবেদনকারীর ঠিকানা _____

আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর (প্রযোজ্য হলে) _____ তারিখ _____

অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর (প্রযোজ্য হলে) _____ তারিখ _____

প্রদানকারীর এজেন্সিকে সম্পূর্ণ করতে হবে:

Provider Agency

will provide all of the above listed services is unable to provide the following service(s):

Because: _____

will not provide any of the above listed services

Because: _____

Service Coordinator Signature _____

Date _____

আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞের স্বাক্ষর _____

তারিখ _____