

# অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ (Delegation of Parental Authority, DPA) সম্পর্কে নির্দেশনা

## ধাপ 1: আপনার DPA প্রস্তুত করুন

[নিজে নিজে অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ করুন](#) টুল ব্যবহার করুন।

## ধাপ 2: DPA-তে স্বাক্ষর করুন

মিশিগানের আইন অনুযায়ী কোনো নোটারির স্বাক্ষর বা সাক্ষীর স্বাক্ষর ছাড়াই অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ বৈধ হবে। তবে, যদি এই ফরম নোটারাইজ করা থাকে এবং সাক্ষীর স্বাক্ষরযুক্ত হয়, তাহলে কিছু ডাক্তার, স্কুল, বা অন্যদের সেটি গ্রহণ করার সম্ভাবনা বেশি থাকে। যদি আপনি সাক্ষী ও একজন নোটারি খুঁজে নিতে পারেন, তাহলে তাদেরকে সাক্ষী রেখে আপনার স্বাক্ষর প্রদান করা এবং ফরমে তাদের স্বাক্ষর নেওয়া সবচেয়ে ভালো।

অন্য কিছু স্টেটে DPA-তে সাক্ষীর ও নোটারির স্বাক্ষর থাকা আবশ্যিক। যদি আপনি এটিতে সাক্ষী ও নোটারির স্বাক্ষর যুক্ত করেন, তাহলে এর মাধ্যমে আপনি প্রয়োজন হলে সেক্ষেত্রে আরেকটি স্টেটে সেটি গ্রহণযোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা বৃদ্ধি করতে পারবেন। এছাড়া, স্বাস্থ্য পেশাজীবী, স্কুল এবং অন্যান্য যারা এই ফরমের সাথে ইন্টারঅ্যাক্ট করবেন তারা আইনি বিশেষজ্ঞ নন। যদিও সাক্ষী ও নোটারির স্বাক্ষর ছাড়াই এই ফরম লোকজনের গ্রহণ করা উচিত, এটিতে যা বলা হয়েছে সেটা তাদের করা উচিত কিনা সে ব্যাপারে তাদের নিশ্চিত হতে না পারার সম্ভাবনা রয়েছে। এই ফরমে সাক্ষী ও নোটারির স্বাক্ষর থাকা ডাক্তারের অফিস ও স্কুলগুলোকে আশ্বস্ত করতে পারে যে ফরমটি বৈধ।

প্রায় ক্ষেত্রেই কাউন্টি অফিসগুলোতে, যেমন কাউন্টি ক্লার্ক হিসেবে এবং সেইসাথে ব্যাংক, ক্রেডিট ইউনিয়ন, আইন অফিস ও বিমা কোম্পানিগুলোতে নোটারিদের পাওয়া যায়। কিছু নোটারি শুধু তাদের কর্মসংস্থানের অংশ হিসেবে ডকুমেন্টে স্বাক্ষর করে থাকেন। নোটারি এধরনের ডকুমেন্টের ক্ষেত্রে সাহায্য করতে ইচ্ছুক রয়েছেন তা নিশ্চিত করতে এবং তিনি কোনো ফি চার্জ করেন কিনা তা জানতে প্রথমে ফোন করে জেনে নিন।

**যদি আপনি আপনার ফরম নোটারাইজ করেন,** তাহলে আপনি নোটারির সামনে উপস্থিত হওয়ার আগে ফরমে স্বাক্ষর করবেন না। আপনার সঙ্গে দুইজন সাক্ষী আনুন। সাক্ষীদের ও নোটারির সামনে ফরমের প্রথম পৃষ্ঠার নিচের দিকে “বাবা-মায়ের স্বাক্ষর” লেখা অংশে স্বাক্ষর করুন। আপনি স্বাক্ষর করার (এবং অন্য বাবা বা মা, যদি তিনি স্বাক্ষর করেন) পরে, সাক্ষীদের উচিত দ্বিতীয় পৃষ্ঠার উপরের অংশে “সাক্ষীগণ” লেখা অংশে স্বাক্ষর করা। তাদেরকে উপরের লাইনে নিজের নামের স্বাক্ষর প্রদান করতে হবে, তারপর স্বাক্ষরের নিচের লাইনে স্পষ্টাক্ষরে তার নাম লিখতে হবে। আপনি ও সাক্ষীরা স্বাক্ষর করার পরে, ফরমটি নোটারিকে দিন এবং তিনি তার অংশ সম্পন্ন করবেন।

**যদি আপনি সাক্ষী ও নোটারি ব্যবহার না করেন,** তাহলে ফরমের প্রথম পৃষ্ঠার নিচের দিকে “বাবা-মায়ের

স্বাক্ষর” লেখা অংশে আপনার ফরমে স্বাক্ষর করুন।

### **ধাপ 3: ঐচ্ছিক: স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত ডকুমেন্ট সংযুক্ত করুন**

যদি আপনি আপনার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সম্পর্কে তথ্য এবং মেডিকেল তথ্য অন্তর্ভুক্ত করে থাকেন, তাহলে “স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের সংযুক্তি” নামক ফরমে এটি লেখা হবে। এই পৃষ্ঠা আবশ্যিক নয়, কিন্তু আপনি যাকে কেয়ারগিভার হিসেবে উল্লেখ করেছেন তার জন্য সহায়ক হতে পারে।

এছাড়া আপনার সন্তানের মেডিকেল বিমা কার্ডের একটি কপি থাকাও কেয়ারগিভারের জন্য সহায়ক হতে পারে। যদি আপনি বিমা কার্ডের সামনের ও পিছনের অংশের কপি তৈরি করতে চান, তাহলে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের সংযুক্তির পরে সেটি সংযুক্ত করে দিন।

### **ধাপ 4: মূল DPA কোথায় সংরক্ষণ করতে হবে সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিন**

DPA একটি নিরাপদ জায়গায় রাখুন। যদি আপনার এজেন্ট (আপনার সন্তানের দেখাশোনার জন্য আপনি যে ব্যক্তির নাম উল্লেখ করেছেন) তাৎক্ষণিকভাবে এই ফরম ব্যবহার করার কথা থাকে, তাহলে মূল কপিটি এজেন্টকে দিন।

কিছু ব্যক্তি মূল কপি নিজের কাছে রেখে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিতে পারেন, যদি তারা তাদের সন্তানকে তাৎক্ষণিকভাবে ফরমে উল্লেখ করা ব্যক্তির কাছে রেখে না যান।

আপনি কী করবেন সেটা এই ফরম আপনি কিভাবে ব্যবহার করছেন এবং কোনটি আপনার কাছে নিরাপদ মনে হয় তার উপর নির্ভর করবে। ফরমটি আপনার নিজের কাছে রেখে দেওয়া আপনি যে ব্যক্তির নাম উল্লেখ করেছেন তিনি আপনি যখন থেকে চান তার আগে অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব প্রয়োগ করতে না পারার বিষয়টি নিশ্চিত করে। মূল ফরমটি আপনি যে ব্যক্তির নাম উল্লেখ করেছেন তাকে প্রদান করা নিশ্চিত করে যে কোনো জরুরি অবস্থা দেখা দিলে, তিনি প্রথমে কাগজপত্রের খোঁজ না করে তাৎক্ষণিকভাবে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম হবেন।

### **ধাপ 5: DPA-এর কপি তৈরি করুন এবং সেটি বিতরণ করুন**

DPA-এর কমপক্ষে একটি কপি তৈরি করুন। যিনি আপনার সন্তানের দেখাশোনা করবেন সেই ব্যক্তিকে আপনি মূল কপি প্রদান করলে আপনার নিজের রেকর্ডের জন্য একটি কপি রাখুন। কেয়ারগিভার যখন এটি ব্যবহার করতে চাইবেন তখন তার মূল স্বাক্ষরিত ফরম প্রয়োজন হবে, তাই যদি আপনি মূল কপি নিজের কাছে রেখে দেওয়ার সিদ্ধান্ত নেন, তাহলে নিশ্চিত করুন যে ফরমে আপনি যে ব্যক্তির নাম উল্লেখ করেছেন তিনি কোনো জরুরি অবস্থা দেখা দিলে কিভাবে DPA খুঁজে নিতে হবে তা জানেন।

## অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ

<p>We, _____ and Name of parent #1 _____, wish to temporarily Name of parent #2 _____ leave our minor child _____ name of child(ren) _____ in the care and custody of _____, name of agent _____ who lives at _____, Street address _____, City _____, Michigan _____ zip code _____</p> <p>We appoint and vest in our Agent full powers as a substitute parent, giving them the authority to do anything and everything required for our child's care. We also authorize our Agent to do any of the things that we, as a parent, could do on behalf of our child. We specifically authorize _____ Name of agent _____ to:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Consent to medical and/or dental care for our child;</li><li>(2) Enroll our minor child in appropriate schools and/or educational programs;</li><li>(3) Act or consent to any and all acts with respect to our child's health and well-being, except the power to consent to guardianship, adoption, or marriage.</li></ol> <p>This delegation of parental powers is given pursuant to MCL 700.5103, and will become effective on _____.</p> <p>This power expires six (6) months from the date it begins or on my declaration, whichever comes first.</p>	<p>আমরা, _____ ও বাবা বা মা #1 এর নাম _____, সাময়িকভাবে আমাদের বাবা বা মা #2 এর নাম _____ অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তান _____ সন্তানের নাম _____ নিম্নলিখিত ব্যক্তির দায়িত্বে ও কাস্টডিতে অর্পণ করতে চাই _____, এজেন্টের নাম _____ যার বসবাসের ঠিকানা _____, সড়কের ঠিকানা _____, _____ মিশিগান _____ সিটি _____ জিপ কোড _____</p> <p>আমরা আমাদের এজেন্টকে একজন বিকল্প অভিভাবক হিসেবে নিযুক্ত করছি এবং সম্পূর্ণ ক্ষমতা প্রদান করছি এবং তাকে আমাদের সন্তানের দেখাশোনার জন্য আবশ্যিক সবকিছু করার কর্তৃত্ব প্রদান করছি। এছাড়াও আমরা বাবা-মা হিসেবে আমাদের সন্তানের পক্ষ থেকে যেসব কাজ করতে পারতাম সেসব কাজ করার জন্য আমাদের এজেন্টকে অনুমোদন দিচ্ছি। সুনির্দিষ্টভাবে আমরা _____ এজেন্টের নাম _____ কে অনুমোদন দিচ্ছি:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) আমাদের সন্তানের মেডিকেল এবং/অথবা ডেন্টাল সেবার জন্য সম্মতি প্রদান করতে;</li><li>(2) আমাদের অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানকে যথাযথ স্কুলে এবং/অথবা শিক্ষামূলক কর্মসূচিতে তালিকাভুক্ত করতে;</li><li>(3) আমাদের সন্তানের স্বাস্থ্য ও সুস্থতার সাথে সম্পর্কিত যেকোনো কাজ করা অথবা কাজ করার সম্মতি দেওয়ার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি, অভিভাবকত্ব, দোক নেওয়া, অথবা বিয়ের জন্য সম্মতি প্রদান করার ক্ষমতা ব্যতীত।</li></ol>
---	--

	<p>এই অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ MCL 700.5103 অনুযায়ী প্রদান করা হয়েছে এবং এই তারিখে কার্যকর হবে</p> <p>_____এই ক্ষমতার মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে এটি শুরু হওয়ার তারিখ থেকে ছয় (6) মাস পরে অথবা আমি ঘোষণা দেওয়ার পরে, যেটি প্রথমে ঘটে।</p>
--	---

অভিভাবকদের স্বাক্ষর/*firma de padres*:

/s/ \_\_\_\_\_  
মা/madre

/s/ \_\_\_\_\_  
বাবা/padre

NOTE: Michigan does not require this document to be witnessed and notarized. If you wish to have this form witnessed and notarized, do so here:

নোট: মিশিগান এই ডকুমেন্টে সাক্ষী ও নোটারির স্বাক্ষর থাকা আবশ্যিক করেনি। যদি আপনি এই ফরমে সাক্ষী ও নোটারির স্বাক্ষর যুক্ত করতে চান, তাহলে সেটা এখানে করুন:

Witnesses/সাক্ষী:

/s/ \_\_\_\_\_

/s/ \_\_\_\_\_

Print name of witness 1, if any:

Print name of witness 2, if any:

স্পষ্টাক্ষরে সাক্ষী 1-এর নাম, যদি সাক্ষী থাকে:

স্পষ্টাক্ষরে সাক্ষী 2-এর নাম, যদি সাক্ষী থাকে:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

STATE OF MICHIGAN/স্টেট অফ মিশিগান )  
\_\_\_\_\_ COUNTY/কাউন্টি )

Acknowledged before me and the witnesses, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ in  
witness #1 name witness #2 name  
\_\_\_\_\_ County, Michigan, on \_\_\_\_\_ by  
County name Date Parent #1 name  
and \_\_\_\_\_ by:  
Parent #2 name

আমার ও সাক্ষীদের সামনে স্বীকৃতি দিয়েছেন, \_\_\_\_\_ এবং \_\_\_\_\_  
সাক্ষী #1 এর নাম সাক্ষী #2 এর নাম  
\_\_\_\_\_ কাউন্টি, মিশিগান, \_\_\_\_\_ তারিখে  
কাউন্টির নাম তারিখ বাবা বা মা #1 এর নাম  
এবং \_\_\_\_\_:  
বাবা বা মা #2 এর নাম

/s/ \_\_\_\_\_

Notary public/নোটারি পাবলিক: \_\_\_\_\_

State of Michigan, County of/মিশিগান স্টেট, \_\_\_\_\_ কাউন্টি।

My commission expires/আমার কমিশনের মেয়াদ শেষ হবে \_\_\_\_\_

## স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের সংযুক্তি

<b>Health Insurance Information</b> Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	<b>স্বাস্থ্য বিমা সংক্রান্ত তথ্য</b> আমাদের স্বাস্থ্য বিমা ক্যারিয়ার হলো: নাম: _____ পলিসি নম্বর: _____ গ্রুপ নম্বর: _____
<b>Hospital Preference</b> Name: _____ Address: _____	<b>হাসপাতালের পছন্দ</b> নাম: _____ ঠিকানা: _____
<b>Health Care Providers</b> Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ Phone number: _____	<b>স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী</b> সেবা প্রদানকারীর ধরন: _____ প্রোভাইডারের নাম: _____ ঠিকানা: _____ ফোন নম্বর: _____

### Information about Medical Conditions মেডিকেল অবস্থা সম্পর্কিত তথ্য

Allergies/অ্যালার্জিসমূহ:

\_\_\_\_\_

medical conditions/ মেডিকেল অবস্থা:

\_\_\_\_\_

Medications/ওষুধপত্র: \_\_\_\_\_

May NOT have the following medications/ নিম্নলিখিত ওষুধ নাও থাকতে পারে:

\_\_\_\_\_

Other health information/অন্যান্য স্বাস্থ্য তথ্য: \_\_\_\_\_