প্রিশিষ্ট B

গুরুত্বপূর্ণ ফ্রম

michiganlegalhelp.org-এ অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণের অনলাইন টুল

বিনামূল্যে ও আপডেট করা অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণের অনলাইন টুল michiganlegalhelp.org ঠিকানায় এবং স্প্যানিশ ভাষায় ayudalegaldemichigan.org ঠিকানায় পাওয়া যাবে। এছাড়াও আমরা এথানে একটি কাগজের ফরম অন্তর্ভুক্ত করেছি।

অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণের (কখনো কখনো যেটিকে "পাওয়ার অব অ্যাটর্নি" বলা হয়) জন্য প্রস্তুতি নেওয়া হলে তা অভিবাসন সংক্রান্ত আইন প্রয়োগের কারণে আপনি উপস্থিত থাকতে না পারলে আপনার সন্তান যাতে একজন বিশ্বস্তু কেয়ারগিভার পায় সে বিষয়টি নিশ্চিত করতে সাহায্য করতে পারে।

মিশিগানের আইনে বলা হয়েছে যে 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। এছাড়াও, অন্য কিছু স্টেটে DPA-তে সাক্ষীর ও নোটারির স্বাক্ষর থাকা আবশ্যক। 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। নোটারিদেরকে প্রায় ক্ষেত্রেই কাউন্টি ক্লার্কের অফিসের পাশাপাশি ব্যাংকে ও ক্রেডিট ইউনিয়নগুলোতে পাওয়া যায়।

যদি আপনি আপনার ফরম নোটারাইজ করেন, তাহলে আপনি নোটারির সামনে উপস্থিত হওয়ার আগে ফরমে শ্বাক্ষর করবেন না।

অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ আমার সন্তানের দেখাশোনার জন্য সন্মতি

(1)	আমি,মা/বাবার নাম	, শিশু	র নাম
	 শিশুর নাম	_, যার জন্মতারিখ	সন্তালের জন্মতারিখ , তার কাস্টডিয়ান বাবা বা মা, MCL
			ব দেখাশোলা সম্পর্কিভ সব অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব লিম্নলিখিত
	ব্যক্তিকে অর্পণ করছি, য	রে মধ্যে মেডিকেল, বে	ডন্টাল, বা মানসিক সেবা চাওয়ার _{ন্তু} মুধ্ বিকার্র_{্যানে}র ং _{না} মুপ্রাপ্তবয়ঙ্ক
	শিশুকে স্কুলে ভর্তি করাৰে	নার অধিকার অন্ <u>তর্ভু</u> ত	ন্ র্থেছে:
(2)	এই শ্বমতার সুস্পষ্ট উদ্দে	ণ্য হলো এজেন্টকে অ	ামার সন্তানের নিরাপদ ও ফলপ্রসূ দেখাশোনা নিশ্চিত করার জন
	অপরিহার্য সব কাজ এবং	তার দেখাশোনার ড	নন্য অপরিহার্য সব কাজ সম্পন্ন করার অনুমতি দেওয়া। এই
	প্লেসমেন্ট শিক্ষামূলক উদ্দে	শ্যের কারণে করা হ	यनि।
(3)	এই পাও্য়ার অব অ্যাট্নি	্র ————————————————————————————————————	কে বিবাহের জন্য সম্মতি প্রদান করার ক্ষমতা ম
	অখবা অপ্রাপ্তবয়ঙ্ক ব্যক্তি	ক দত্তক প্রদান করার	ব ক্ষমতা অর্পণ করে না।
(4)	এই পাওয়ার অব অ্যাটনি	র্প সর্বোচ্চ 180 দিনের	জন্য প্রযোজ্য হবে, যে সময়ের পরে নিম্নস্বাক্ষরকারী এটি নবায়ন
	করতে পারেন।		
(5)	এই ডকুমেন্টে প্রদান করা		
	মা/বাবার না	এর বি ম	নির্দেশনা অনুযায়ী যেকোনো সময় প্রত্যাহার করা যেতে পারে।
তারিখ:_			
			বা মায়ের শ্বাক্ষর
তারিখ:_		 সাষ্ <u>ষ</u> ী	 সাষ্ <u>ষ</u> ী
মিশিগান	েন্টট) ss 5)		
		मान, 20,	ব্যক্তিগতভাবে - ডকমেন্টে স্বাহ্মর করেছেল এবং এটি তিনি স্বাধীনভাবে নিজ
ਸ਼ਰਾਸ਼ਹਿ	আমাব সামনে টেপসিতে :	স্মাড়েন ৭বং উপবেব	্র ডেক্সেন্টে স্বাহ্মব করেছেল ৭বং ৭টি তিনি স্বাধীনভাবে নিজ

३ ष्टा <u>ग</u>	ক্রে(ছন	ব(ল	শ্বীকার	ক(র(ছন।	
<i>শ্বা</i> শ্বর	-				
নাম: _					
					নোটারি পাবলিক, মিশিগান স্টেট, কাউন্টি কাউন্টিতে দায়িত্বরত
					আমার ক্রমিশুরের মেয়াদ শেষ সরে:

998	গুরুত্বপূর্ণ টেলিফোন নম্বর ও তথ্য
জরুরি: গুরুত্র জরুরি পরিশ্বিতি দেখা দিলে	বিমার তথ্য:
911-এ ফোল করুল	শ্বাশ্য বিমা
	কোম্পানি:
পুলিশ বিভাগ:	ফোন নম্বর:
ফায়ার ডিপার্টমেন্ট:	পলিসি নম্বর:
আমার দেশের কনসুলেট:	গাড়ির বিমা
যুক্তরাট্টে পরিবার/গুরুত্বপূর্ণ যোগাযোগের ব্যক্তি	কোম্পানি:
নাম:	ফোন:
হোম ফোল:	পলিসি নম্বর:
সেল ফোন:	গাড়ি 1:
কর্মস্থল:	VIN #/প্লেট #:
সম্পর্ক:	গাড়ি 2:
नाम:	VIN #/প্লেট #:
হোম ফোন:	বাড়ির বিমা
সেল ফোন:	কোম্পানি:
কর্মস্থল:	ফোল:
সম্পর্ক:	পলিসি নম্বর:
<u>আমার দেশে পরিবার/গুরুত্বপূর্ণ যোগাযোগের</u> ব্যক্তি	গুরুত্বপূর্ণ মেডিকেল তথ্য
नाम:	ডাক্তাবের নাম:
হোম ফোন:	ফোল:
সেল ফোন:	ডেন্টিস্টের নাম:
কর্মস্থল:	ফোন:
সম্পর্ক:	পেডিয়াট্রিশিয়ানের নাম:
नाम:	ফোন:
হোম ফোন:	হাসপাতাল:
সেল ফোন:	ফোল:
কর্মস্থল:	ফার্মাসি:

সম্পর্ক:	ফোন:

কর্মস্থলের গুরুত্বপূর্ণ নম্বর নিয়োগকর্তা #1	গুরুত্বপূর্ণ পারিবারিক রেকর্ড সব গুরুত্বপূর্ণ তথ্য একই স্থানে পেতে এই ফরম ব্যবহার করুন। প্রতিটি ডকুমেন্টের মূল কপি একটি নিরাপদ স্থানে (যেমন লক বক্সে) রাখুন। গুরুত্বপূর্ণ স্কুল/ডে-কেয়ারের নম্বর স্কুল #1
নাম:	সন্তাৰের ৰামঃ 20100609~21
ফোন:	স্কুলের নাম:
সুপারভাইজার:	শিক্ষকের নাম:
শুরু হওয়ার তারিখ:	ফোন:
ইউনিয়নের প্রতিনিধি:	স্কুলের আইডি নম্বর:
ফোন:	সন্তাৰের নামঃ 20100609~21
নিয়োগকর্তা #1	শিক্ষকের নাম:
নাম:	স্কুলের আইডি নম্বর:
ফোন:	ষ্কুল #2
সুপারভাইজার:	সন্তাৰের ৰামঃ 20100609~21
শুরু হওয়ার তারিখ:	স্কুলের নাম:
ইউনিয়নের প্রতিনিধি:	শিক্ষকের নাম:
ফোন:	ফোন:
আপনাব যানবাহন সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য	স্কুলের আইডি নম্বর:
যানবাহন 1-এব মেক/মডেল:	সন্তাৰের ৰামঃ 20100609~21
প্লেট #:	শিষ্ডকের নাম:
VIN/ID #:	স্কুলের আইডি নম্বর:
গাড়ির জন্য ঋণ:	সোশ্যাল সিকিউ <u>রিটি</u> #/ITIN
বিমা:	নাম:
যানবাহন 2-এব মেক/মডেল:	নম্বর:
প্লেট #:	নাম:
VIN/ID #:	নশ্বর:
গাড়ির জন্য ঋণ:	নাম:
বিমা:	নম্বর:
t	

প্রতিটি যানবাহনের নিবন্ধন ও বিমার একটি কপি প্রতিটি সোশ্যাল সিকিউরিটি কার্ডের একটি কপি এবং প্রতিটি যানবাহনের একটি ছবি সংযুক্ত করুন। সংযুক্ত করুন

প্রিবা্রের সদস্য #1			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধপত্ৰ:			
মেডিকেল অবস্থা ও মেডিকেল ইতিহাস:			
প্রিবারের সদস্য #2			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
6			
প্রিবারের সদস্য #3			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্য়াঁ	ৰা
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
প্রিবারের সদস্য #4			
নাম:	la	<u>.</u>	
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
20			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			

পরিবারের সদস্য #5			
নাম:			
জন্মতারিথ:	অঙ্গ দানকারী:	र्गाँ	ना
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
<u>পরিবারের সদস্য #6</u>			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	र ऽपँ	ৰা
অ্যালার্জিসমূহ:			
ও্ষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
<u>পরিবারের সদস্য #7</u>			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	र ऽपँ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
<u>যেসব ব্যক্তি আমার সন্তানকে স্কুল/ডে-কেয়ার</u>	<u>যেসব ব্যক্তি আমার</u>		যেতে
<u>থেকে লিয়ে যেতে পারবেন</u>	<u>পার্</u>	<u>বন না</u>	
नाम:	নাম:		
জন্মতারিথ:			
হোম ফোন:	নাম:		
সেল ফোন:			
কর্মস্থল:	নাম:		
সম্পর্ক:			

নাম:	*অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের স্কুলের
জন্মতারিখ:	কর্মীদেরকে অবহিত করুন যে এসব সেকশনে
	তালিকাভুক্ত ব্যক্তিদের আপনার সন্তানকে নিয়ে
হাম ফোন:	যাওয়ার অনুমতি রয়েছে অথবা অনুমতি নেই।
সেল ফোন:	*যদি কোনো রিস্ট্রেইনিং অর্ডার থাকে, তাহলে এই
কর্মস্থল:	আদেশের একটি কপি সংযুক্ত করুন এবং
সম্পর্ক:	আরেকটি কপি আপনার সন্তানের স্কুলে
	এবং/অথবা ডে-কেয়ারে জমা দিন।

	আইনি সমস্যা, পরিচ্ম চুরি, ও	
	জালিয়াতির ব্যাপারে	
	যোগাযোগের জন্য ব্যক্তি	
	আপনার নিরাপত্তার জন্য এই ডকুমেন্টে আপনার	
	ক্রেডিট কার্ডের নম্বর অথবা অ্যাকাউন্ট নম্বর	
	উল্লেখ করবেন ना।	
ক্ৰেডিট কাৰ্ড কোম্পানি	আপনার আর্থিক বিষয়ে যোগাযোগের জন্য	
	ব্যক্তি	
কার্ড #1	চেকিং অ্যাকাউন্ট #1	
কোম্পানি:	ব্যাংক:	
টোল ফ্রি নম্বর:	টোল ফ্রি নম্বর:	
কার্ডে লেখা নাম:	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:	
কার্ড #2	চেকিং অ্যাকাউন্ট #2	
কোম্পানি:	ব্যাংক:	
টোল ফ্রি নম্বর:	টোল ফ্রি নম্বর:	
কার্ডে লেখা নাম:	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:	
কার্ড #3	সেভিংস অ্যাকাউন্ট #1	
কোম্পানি:	ব্যাংক:	

টোল ফ্রি নম্বর:	টোল ফ্রি নম্বর:
কার্ডে লেখা নাম:	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:
ক্রেডিট কার্ড চুরি হলে <u>তাৎক্ষণিকভাবে</u> রিপোর্ট করুনা	সেভিংস অ্যাকাউন্ট #2 ব্যাংক: টোল ফ্রি নম্বর: যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:
সুবুকাবি এজেন্সিব কন্টাক্ট	দেও্ <u>য়ালি আইলি সহায়তা</u>
পারিবারিক নির্যাতন বিষয়ক সাহায্য:	আইনি সহায়তা:
পাবলিক প্রসিকিউটর:	অভিবাসন আইনজীবী:
শিশু নিপীড়ন সম্পর্কে রিপোর্ট করুন:	অন্যান্য আইনজীবী:

	পোষা প্রাণীদের জন্য জরুরি সেবা
পোষা প্রাণী #1	1
নাম:	
জন্মতারিখ:	
প্রজাতি:	
বিবরণ:	
নিবন্ধন নম্বর:	
ওৰুধপত্ৰ:	
মেডিকেল সমস্যা:	
পোষা প্রাণী #1	
নাম:	

জন্মতারিখ:			
প্রজাতি:			
বিবরণ:			
নিবন্ধন নম্বর:			
ওষুধপত্ৰ:			
মেডিকেল সমস্যা:			
<u>পশু চিকিৎসক</u>	পোষা প্লাণীদের জন্য জরুরি আবাসন		
নাম:	নাম:		
ফোন:	ফোন:		
ঠিকানা:	ঠিকানা:		
জরুরি ফোন নম্বর:			
প্রত্যেক পোষা প্রাণীর একটি ছবি সংযুক্ত করুন!			