



অসংলগ্ন গাড়ি চালক সংক্রান্ত ব্যবস্থা (IDS)-এর জন্য পরিদর্শন বিভাগে প্রবেশের ফর্ম অসংলগ্ন গাড়ি চালক সংক্রান্ত ব্যবস্থা (IDS)	ব্যক্তির পদবী, নাম এবং MI
	ব্যক্তির DMV গ্রাহক ID (গাড়ি চালকের লাইসেন্স নম্বর)
	পরিদর্শন বিভাগের নাম ও ঠিকানা

নির্দেশাবলী

এই ফর্মটির সম্পূর্ণ করা একটি প্রতিলিপি সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিকে কেসের নথির সঙ্গে রাখুন

এই ফর্মটির সম্পূর্ণ করা একটি প্রতিলিপি সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিকে দিন।

আমি, নিচে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি, এতদ্বারা উপরিউক্ত **পরিদর্শন বিভাগ**-কে আমার বর্তমান এবং/অথবা অতীতের কোন অসংলগ্নভাবে গাড়ি চালানোর অপরাধের ব্যাপারে তথ্য পাবার জন্য **সম্মতিজ্ঞাপন** ও অনুমতি প্রদান করছি, যার মধ্যে অসংলগ্নভাবে গাড়ি চালিয়ে ও যানচলাচল বিষয়ক অন্যান্য আইনের উল্লেখন করে দোষী সাব্যস্ত হওয়ার বিষয়গুলি, যা আমার গাড়ি চালকের নথিতে উদ্ধৃত থাকবে এবং নিম্নোক্ত উপাদানসমূহও অন্তর্ভুক্ত থাকবে:

- **মোটোরচালক:** DMV গ্রাহকের ID, বর্তমান পদবীর প্রথম দুটি অক্ষর এবং জন্মের সময়কার পদবী, লিঙ্গ এবং জন্মের তারিখ।
- **উল্লেখন:** উল্লেখনের তারিখ, আদালতের নাম, উল্লেখন, বর্তমান পদবীর প্রথম দুটি অক্ষর, BAC স্তর, রাসায়নিক পরীক্ষা দিতে অস্বীকার করার ইঙ্গিত, যদি তেমন কিছু থাকে, এবং রাজ্যের বাইরের লাইসেন্স সংক্রান্ত নিদর্শন, যদি থাকে।
- **অসংলগ্ন গাড়ি চালকের কার্যক্রম:** কার্যক্রমের নাম, শুরুর ও অবস্থার তারিখগুলি, মূল্যায়নের জন্য প্রেরণের প্রমাণ, যদি থাকে, এবং IDP-তে নথিভুক্তির অবস্থা।
- **পরীক্ষা:** প্রদানকারী/কার্যক্রমের নাম, পরীক্ষার তারিখ, মূল্যায়নের জন্য প্রেরণ সংক্রান্ত প্রমাণ, যদি থাকে এবং পরীক্ষার জন্য ব্যবহৃত সরঞ্জামের প্রমাণ।
- **মূল্যায়ন:** প্রেরণের উৎস, প্রদানকারী/কার্যক্রমের নাম, মূল্যায়ন শুরুর ও শেষের তারিখগুলি এবং মূল্যায়নের অবস্থা।
- **চিকিৎসা:** প্রদানকারী/কার্যক্রমের নাম(সমূহ), ভর্তির তারিখ(সমূহ), ছুটি পাবার তারিখ(সমূহ), মোট পর্বের সংখ্যা ও ছেড়ে দেবার অবস্থা।

এই ধরনের পর্যালোচনার **উদ্দেশ্য** হল তদন্ত বা তত্ত্বাবধান করা।

আমি, নিচে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি, উপরিউক্ত বিষয়টি পড়েছি এবং প্রকাশকারী সত্বর কর্মীদের এখানে নির্দিষ্ট করে দেওয়া তথ্যসমূহ প্রকাশের, সংগ্রহের এবং বিনিময়ের জন্য অনুমতি প্রদান করছি।

আমি বুঝি যে, যদি না অন্যকিছু নির্দিষ্ট করে দেওয়া থাকে, এই সম্মতি বলবৎ থেকে যাবে এবং এর আনুষ্ঠানিক ও কার্যকরীভাবে খারিজকরণ ছাড়া অথবা আমার বন্দীদশা এবং/অথবা প্যারোল থেকে, পরিদর্শনকাল থেকে, অন্তর্বর্তী পরিদর্শনকাল থেকে মুক্তি, শর্তাধীন মুক্তি, বা অন্য কোন মোকদ্দমা বা পদক্ষেপ থেকে মুক্তি প্রত্যাহার হওয়া ছাড়া অবধি এটিকে প্রত্যাহার করা যায় না, যেগুলির জন্য আমাকে নির্দেশ দেওয়া হয়েছিল বা যার অন্য যে কিছুর জন্য আমি চিকিৎসায় প্রবেশ করেছিলাম; অথবা

সম্মতির সময়কাল (যদি ভিন্ন হয়): _____

আমি বুঝি যে, DMV দ্বারা আমার ব্যক্তিগত উপাত্তসমূহ প্রকাশের বিষয়টি কেন্দ্রীয় সরকারের গাড়ি চালকের গোপনীয়তা রক্ষা বিষয়ক আইন বা ফেডেরাল ড্রাইভার্স প্রাইভেসি প্রোটেকশন অ্যাক্ট, 18 USC §2721 দ্বারা নিয়ন্ত্রিত এবং নিচে করা আমার স্বাক্ষরের মধ্যেই DMV-কে উপরে উল্লেখিত পরিদর্শন বিভাগের কাছে আমার ব্যক্তিগত তথ্যাবলী প্রকাশের সম্মতি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

আমি এ-ও বুঝি যে, আমাকে চিহ্নিত করতে পারে এমন কোন তথ্য প্রকাশের বিষয়টি কোড অব ফেডেরাল রেগুলেশন 42 CFR ভাগ 2-এর টাইটেল 42 দ্বারা শর্তাবদ্ধ; যা মদ্য ও মাদকাসক্ত রোগীদের নথিসমূহের গোপনীয়তা নিয়ন্ত্রণের কাজে ও সেই সঙ্গে স্বাস্থ্যবিমার বহনযোগ্যতা তথা দায়বদ্ধতা আইন বা হেল্থ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট অব 1996 (HIPPA) 45 CFR Pts 160 ও 164-কে নিয়ন্ত্রিত করে; এবং এ-ও বুঝি যে, এই তথ্যগুলির প্রাপকগণ এগুলিকে শুধুমাত্র তাদের সরকারি দায়িত্ব নির্বাহের জন্য এগুলিকে পুনঃপ্রকাশিতও করতে পারেন। আমি উপরে উল্লেখিত পরিদর্শন বিভাগ-কে উপরিউক্ত তথ্যগুলিকে নিচে উল্লেখিত পক্ষসমূহের কাছে, যদি কেউ থাকে, নিচে বর্ণিত উদ্দেশ্যে, পুনঃপ্রকাশের অধিকার প্রদান করছি।

(অদ্যাঙ্কর এবং প্রযোজ্য সকলকে চিহ্নিত করুন)

[] অন্যান্য পরিদর্শন বিভাগ: _____ সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির একটি আদালত-নির্দেশিত তদন্ত এবং/অথবা তত্ত্বাবধান চালাচ্ছে।

[] অন্যান্য ফৌজদারি আদালত: _____ মুক্তির সিদ্ধান্ত-গ্রহণের উদ্দেশ্যে তাদের দায়িত্ব নির্বাহের জন্য, রায় প্রদানের জন্য, ব্যক্তি জড়িত এমন উল্লেখন(সমূহ) এবং/অথবা অক্ষমতা নির্ধারণের শংসাপত্র প্রকাশের জন্য।

[] জিলা মোক্তারের কার্যালয়: _____ মোকদ্দমা বা পদক্ষেপের সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত নিজের দায়িত্বের অগ্রগতির স্বার্থে যার আবশ্যিকতা অনুসারে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির চিকিৎসাধীন হওয়া আবশ্যিক বা তিনি তার জন্য সম্মতি প্রদান করেছিলেন।

[] সরকারি আইনজীবীর দপ্তর বা আমার প্রতিনিধিত্বকারী বেসরকারি আইনজীবী: _____ মোকদ্দমা বা পদক্ষেপে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির প্রতিনিধিত্বের সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত, যার আবশ্যিকতা অনুসারে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির চিকিৎসাধীন হওয়া আবশ্যিক বা তিনি তার জন্য সম্মতি প্রদান করেছিলেন।

আমার তরফে অতিরিক্ত লিখিত অনুমতি ব্যতিরেকে আর কোন রকম পুনঃপ্রকাশ অবৈধ, যদি না আইন দ্বারা অন্যকোন অধিকার প্রদত্ত থাকে

দৃষ্টব্য: এই ফর্ম মারফৎ প্রকাশিত যে কোন তথ্যের সঙ্গে **রাসায়নিক পদার্থ নির্ভর চিকিৎসাধীন রোগী সম্পর্কিত তথ্যাবলী পুনঃপ্রকাশের উপর নিষেধাজ্ঞা বা প্রিহিভিশন অন ইনফর্মেশন কনসার্নিং কেমিক্যাল ডিপেন্ডেন্স পেশেন্ট (TRS-1)** ফর্মটি **অবশ্যই** থাকতে হবে।

ব্যক্তির নাম	ব্যক্তির স্বাক্ষর
--------------	-------------------



স্বাক্ষরের তারিখ	ব্যক্তির বাবা-মা বা অভিভাবকের স্বাক্ষর, যদি প্রযোজ্য হয়
------------------	--