** استمارة طلب الموافقة على Remote Early Intervention (التدخل المبكر عن بُعد)**

**وPrior Authorization (الاعتماد المسبق)**

**موافقة الأسرة على استخدام طريقة EI عن بُعد:**

أدرك أن الزيارات الواردة أدناه ستكتمل عن بُعد باستخدام اتصال فيديو آمن، أو نادرًا باستخدام الهاتف فقط. أدرك أن الزيارات العرضية غير المدرجة أدناه قد تكتمل عن بُعد، إذا وافقت على ذلك. لقد تلقيت التوجيه والدعم بشأن استخدام المعدات الضرورية وتوقعاتي ومقدمي الخدمة الخاصين بي لتحقيق ذلك بشكل فعال. أفهم أنه إذا لم أعد أوافق على مقدار الدعم عن بُعد أو الدعم الشخصي، فيمكنني معالجة هذا الأمر مع منسق الخدمة و/أو مدير البرنامج و/ أو Family Liaison الخاص ببرنامج Birth to Three. أُدرك أن بإمكاني إلغاء هذه الموافقة في أي وقت.

لا أوافق على خدمات EI عن بُعد كما هو موضح أعلاه. أدرك أنني ما زلت مؤهلاً لاختيارها

ومراجعة هذا النموذج في وقتٍ آخر.

الاسم بأحرف واضحة:

التوقيع: التاريخ:

أُلغي هذه الموافقة: التوقيع: التاريخ:

**طلب تصريح مسبق بـ EI عن بُعد**  (*يرسل برنامج Birth To Three عبر البريد الإلكتروني الآمن إلى* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)*)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم البرنامج: | | | اسم الطفل: | | | رقم Birth to Three: |
| تاريخ الميلاد: | تاريخ البدء: | | | تاريخ الانتهاء المقترح: | | نوع الخدمة:  تقييم  تقدير  EITS |
| السبب: نرجو الوصف بالتفصيل:  يجب إرفاق Individualized Family Service Plan (IFSP، خطة خدمات الأسرة الفردية) كاملة | | | | | | |
| ما نوع التكنولوجيا التي سيتم استخدامها:  تطبيق على الويب متوافق مع Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA، قانون خصوصية التأمين الصحي الأمريكي) ومدرج على*Office of Early Childhood*  (OEC، مكتب الطفولة المبكرة): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(الاسم)*  الهاتف  غير ذلك (وضّح): | | | | | | |
| ***Office of Early Childhood فقط:*** | | | | | | |
| تاريخ تلقِّي الطلب:  تاريخ العودة إلى البرنامج: | | معتمَد  سبب الرفض:  الحاجة إلى معلومات إضافية: | | | التوقيع المصرح به والتاريخ: | |