 **Remote Early Intervention (**দূরবর্তীপ্রারম্ভিকহস্তক্ষেপ**,** **Remote EI)** সম্মতিও

**Prior Authorization (**পূর্ববর্তীঅনুমোদন**,** **PA)** অনুরোধেরফরম

দূরবর্তী **EI** ব্যবহারেরজন্যপারিবারিকসম্মতি**:**

আমি বুঝেছি যে নিচের তালিকাতে ভিজিটগুলি দূরবর্তীভাবে সুরক্ষিত ভিডিও সংযোগ ব্যবহার করে বা খুব কমই, শুধুমাত্র ফোন ব্যবহার করে সম্পন্ন করা হবে৷ আমি বুঝেছি যে নিচের তালিকাতে অন্তর্ভুক্ত না হওয়া অনিয়মিত ভিজিটগুলি দূরবর্তীভাবে সম্পূর্ণ করা যেতে পারে, যদি আমি সম্মতি প্রদান করি। প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম ব্যবহার করার বিষয়ে আমাকে নির্দেশনা এবং সমর্থন দেওয়া হয়েছে এবং আশা করা হচ্ছে যে আমি এবং আমার প্রদানকারীরা কার্যকরীভাবে এটিকে সম্ভবপর করে তুলবে। আমি বুঝেছি যে আমি যদি দূরবর্তীভাবে বা সশরীরে সহায়তার পরিমাণের সাথে সম্মত না হই তবে আমি আমার সেবা সমন্বয়কারী, প্রোগ্রাম ডিরেক্টর এবং/অথবা Birth to Three ফ্যামিলি Liaison এর কাছে এই বিষয় জানাতে পারি। আমি বুঝেছি যে আমি যেকোনো সময় এই সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারব।

উপরে বর্ণিত দূরবর্তী EI সেবাগুলিতে আমি সম্মত নই। আমি বুঝেছি যে আমি এখনও এটি বেছে নেওয়ার যোগ্য

এবং ভবিষ্যতে এই ফরমটি সংশোধন করতে পারব।

স্পষ্টাক্ষরে নাম: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

আমি এই সম্মতি প্রত্যাহার করি: স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

দূরবর্তী **EI** এরজন্য **PA** অনুরোধ (সুরক্ষিতইমেইলব্যবহারকরে *Birth to Three* প্রোগ্রাম[*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) এপাঠায়*)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| প্রোগ্রামের নাম: | | | শিশুর নাম: | | | Birth to Three নম্বর: |
| জন্ম তারিখ: | শুরুর তারিখ: | | | প্রস্তাবিত শেষ হওয়ার তারিখ: | | সেবার ধরন:  Eval.  Assmt.  EITS |
| কারণ: অনুগ্রহ করে বিস্তারিত বর্ণনা করুন:  পূরণকৃত Individualized Family Service Plan (IFSP, স্বতন্ত্র পরিবার পরিষেবা পরিকল্পনা) অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে | | | | | | |
| যে প্রযুক্তি ব্যবহার করা হবে:  Office of Early Childhood (OEC, আর্লি চাইল্ডহুড অফিস) তালিকাভুক্ত Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, স্বাস্থ্য বিমার বহনযোগ্যতা ও জবাবদিহিতামূলক আইন) কমপ্লায়েন্ট ওয়েব-ভিত্তিক অ্যাপ্লিকেশন: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(*নাম*)*  ফোন  অন্যান্য (বর্ণনা করুন): | | | | | | |
| ***Office of Early Childhood শুধুমাত্র*** | | | | | | |
| অনুরোধ গ্রহণের তারিখ:  প্রোগ্রামে ফেরার তারিখ: | | অনুমোদিত  অস্বীকারের কারণ:  অতিরিক্ত তথ্য প্রয়োজন: | | | অনুমোদিত স্বাক্ষর এবং তারিখ: | |