 **Remote Early Intervention（Remote EI，远程早期干预）同意书和**

**Prior Authorization（PA，预先授权）申请表**

**使用远程 EI 的家庭同意书：**

本人了解，下列看诊将通过安全的视频连线远程完成，或在少数情况下仅通过电话完成。本人了解，若本人同意，下方未列出的临时看诊可能会通过远程方式完成。为有效完成看诊，现已为本人提供了关于使用必要设备的指导和支持，并介绍了对本人及服务供应商的要求。本人了解，若本人对于远程或当面支持服务的金额持有异议，可就此与服务协调员、计划总监以及/或 Birth to Three 家庭 Liaison 沟通解决。本人了解，本人可以随时撤销本同意书。

本人不同意上述解释的远程 EI 服务。本人了解，本人仍有资格选择此项服务

并在下一次修订此表格。

正楷书写姓名：

签名： 日期：

本人撤销此同意书： 签名： 日期：

**远程 EI 预先授权申请** （*通过安全电子邮件将 Birth to Three 计划发送至* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 计划名称： | | | 儿童姓名： | | | Birth to Three编号： |
| 出生日期： | 开始日期： | | | 拟定的结束日期： | | 服务类型：  评估  评定  早期干预治疗服务 |
| 原因：P请  必须附上完整的 Individualized Family Service Plan（IFSP，个性化家庭服务计划） | | | | | | |
| 将使用哪种技术：  Office of Early Childhood（OEC，幼儿办公室）列出的符合 Health Insurance Portability and Accountability Act（HIPAA，健康保险隐私及责任法案）的网络应用程序： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*（名称）*  电话  其他（请说明）： | | | | | | |
| ***仅供 Office of Early Childhood 填写：*** | | | | | | |
| 申请收到日期：  寄回至计划的日期： | | 已批准  拒绝理由：  需要补充其他信息： | | | 授权签名和日期： | |