 **Remote Early Intervention (Remote EI, रिमोट प्रारंभिक हस्तक्षेप) सहमति और**

**Prior Authorization (PA, पूर्व प्राधिकरण) अनुरोध फॉर्म**

**रिमोर्ट EI के उपयोग हेतु परिवार की सहमति:**

मैं यह समझता/समझती हूँ कि नीचे सूचीबद्ध विजिट, सुरक्षित वीडियो कनेक्शन या शायद केवल फोन द्वारा ऑनलाइन पूरी की जाएंगी। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मेरी सहमति पर नीचे असूचीबद्ध आकस्मिक विजिट को ऑनलाइन पूरा किया जा सकता है। इसे प्रभावी ढंग से पूरा करने के लिए मेरी और मेरे प्रदाताओं की अपेक्षाओं के अनुसार एवं आवश्यक उपकरणों के इस्तेमाल के संबंध में, पूर्ण मार्गदर्शन और सहायता प्रदान की गई है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि यदि मैं रिमोट या व्यक्तिगत सहायता की राशि से सहमत नहीं हूँ, तो मैं इस बारे में अपने सर्विस कोऑर्डिनेटर, प्रोग्राम डायरेक्टर और/या Birth to Three फैमिली Liaison से बातचीत कर सकता/सकती हूँ। मैं यह समझता/समझती हूँ कि मैं किसी भी समय इस सहमति को रद्द कर सकता/सकती हूँ।

ऊपर बताई रिमोट EI सेवाओं के लिए मैं सहमत नहीं हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं अब भी इसे चुनने के योग्य हूँ

और कभी भी इस फॉर्म को संशोधित कर सकता/सकती हूँ

प्रिंट किया नाम:

हस्ताक्षर: तिथि:

मैं इस सहमति को रद्द करता/करती हूँ: हस्ताक्षर: तिथि:

**रिमोट EI के लिए पूर्व प्राधिकरण अनुरोध** (*Birth to Three प्रोग्राम सुरक्षित ईमेल द्वारा [CTBirth23@ct.gov](mailto:CTBirth23@ct.gov) पर भेजता है)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| प्रोग्राम का नाम: | | | बच्चे का नाम: | | | Birth to Three संख्या: |
| जन्म तिथि: | आरंभ तिथि: | | | प्रस्तावित अंतिम तिथि: | | सेवा का प्रकार:  आकलन  मुल्यांकन  प्रारंभिक हस्तक्षेप उपचार सेवा |
| कारण: कृपया विस्तार से बताएं:  संपूर्ण Individualized Family Service Plan (IFSP, व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना) को अटैच किया जाना चाहिए | | | | | | |
| किस तकनीक का उपयोग किया जाएगा:  Office of Early Childhood (OEC, प्रारंभिक बचपन विकास कार्यालय) सूचीबद्ध Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता और जवाबदेही अधिनियम) के अनुपालन में वेब-आधारित एप्लिकेशन: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(नाम)*  फोन  अन्य (बताएं): | | | | | | |
| ***केवल Office of Early Childhood के लिए:*** | | | | | | |
| अनुरोध प्राप्त होने की तिथि:  प्रोग्राम में वापस लौटने की तिथि: | | स्वीकृत  अस्वीकृत करने का कारण:  अतिरिक्त जानकारी चाहिए: | | | प्राधिकृत हस्ताक्षर एवं तिथि: | |