

**Remote Early Intervention (Remote EI) Consent (Zgoda na wczesną interwencję na odległość) i**

**Prior Authorization (PA) Request Form (Wniosek o wydanie upoważnienia)**

**Zgoda rodziny na zastosowanie EI:**

Przyjmuję do wiadomości, że wizyty wymienione poniżej będą realizowane zdalnie za pomocą bezpiecznego połączenia wideo lub rzadko tylko przy użyciu telefonu. Przyjmuję do wiadomości, że wizyty NIE wymienione poniżej mogą zostać zrealizowane zdalnie, jeśli wyrażę na to zgodę. Otrzymałem/am wskazówki oraz wsparcie w zakresie korzystania z niezbędnego sprzętu oraz oczekiwań wobec mnie i moich usługodawców, aby było to możliwe. Rozumiem, że jeśli nie odpowiada mi wsparcie zdalne lub osobiste, mogę porozmawiać o tym z moim koordynatorem usług, dyrektorem programu i/lub doradcą ds. rodzin w okresie od narodzin do trzech lat (Birth to Three Family Liaison). Przyjmuję do wiadomości, że zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.

Nie wyrażam zgody na świadczenie Usług Zdalnych EI w sposób opisany powyżej. Rozumiem, że nadal mam prawo do ich wyboru

oraz zmiany tego formularza w innym czasie.

Imię i nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niniejszym wycofuję zgodę: Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wniosek o wydanie upoważnienia na wczesną interwencję na odległość** (*Program Birth to Three wysyła bezpieczną wiadomość na adres* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)*)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu: | | | Imię dziecka: | | | Numer Birth to Three: |
| Data urodzenia: | Data rozpoczęcia: | | | Proponowana data zakończenia: | | Rodzaj usługi:  Ocena  Opinia  EITS |
| Powód: Proszę szczegółowo opisać:  Kompletny Individual Family Service Plan (IFSP, Indywidualny Plan Usług Rodzinnych) musi zostać dołączony | | | | | | |
| Która technologia zostanie zastosowana:  Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ustawa o przenoszeniu i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych) wymienione w Office of Early Childhood (OEC, Możliwości w zakresie pomocy doraźnej) kompatybilne z aplikacją opartą o sieć internetową: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa)*  Telefon  Inne (prosimy opisać): | | | | | | |
| ***Tylko oddział Office of Early Childhood:*** | | | | | | |
| Data otrzymania wniosku:  Data otrzymania wniosku: | | Zatwierdzono  Powód odrzucenia:  Wymagane dodatkowe informacje: | | | Podpis osoby uprawnionej oraz data: | |