**Consentimento para Remote Early Intervention (Remote EI, Intervenção Precoce remota) e Formulário de solicitação de Prior Authorization (PA, Autorização Prévia)**

**Consentimento da família para uso de EI remota:**

Compreendo que minhas consultas listadas abaixo serão realizadas remotamente por meio de uma conexão de vídeo segura ou, em alguns casos raros, somente com um telefonema. Compreendo que consultas ocasionais NÃO listadas abaixo poderão ser feitas remotamente, se eu concordar. Recebi orientação e suporte para usar os equipamentos necessários e saber o que se espera de mim e dos meus provedores, com o intuito de realizar esta tarefa de forma eficaz. Compreendo que, se eu não estiver mais de acordo com o suporte remoto ou presencial oferecido, posso falar sobre isso com meu coordenador de serviços, o diretor do programa e/ou o Liaison familiar do Birth to Three. Compreendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento.

Eu não autorizo os Serviços de EI remota explicados acima. Compreendo que ainda sou elegível caso decida usá-los e revisar este formulário em outro momento.

Nome legível por extenso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu revogo este consentimento: Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitação de PA para EI remota** (*O Programa Birth to Three realiza o envio por meio de um e-mail seguro para* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)*)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do programa: | | | Nome da criança: | | | Número do Programa Birth to Three: |
| Data de nascimento: | Data de início: | | | Data de término proposta: | | Tipo de serviço:  Avaliação  Parecer  EITS |
| Motivo: Descreva em detalhes:  O IFSP preenchido deve ser anexado | | | | | | |
| Qual tecnologia será utilizada:  Aplicativo baseado na web, em conformidade com a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde), listado no Office of Early Childhood (OEC, Secretaria da Primeira Infância): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(nome)*  Telefone  Outro (descreva): | | | | | | |
| ***Somente para o Office of Early Childhood:*** | | | | | | |
| Data de recebimento da solicitação:  Data de devolução ao programa: | | Aprovado  Motivo da recusa:  Informações adicionais necessárias: | | | Assinatura autorizada e data: | |