 **Remote Early Intervention (Remote EI,** రిమోట్​గా ముందస్తు జోక్యం**)** సమ్మతిమరియు

 **Prior Authorization (PA**, ముందస్తుగా అధికారం ఇవ్వడం**)** అభ్యర్ధన ఫారం

**రిమోట్ EI ఉపయోగించడానికి కుటుంబ సమ్మతి:**

[x]  దిగువ జాబితా చేయబడ్డ సందర్శనలు సురక్షితమైన వీడియో కనెక్షన్‌ను ఉపయోగించి రిమోట్‌గా పూర్తి అవుతాయని లేదా చాలా అరుదుగా ఫోన్‌ని మాత్రమే ఉపయోగిస్తారని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఒకవేళ నేను అంగీకరిస్తే, దిగువ జాబితా చేయని అప్పుడప్పుడు సందర్శనలు రిమోట్​గా పూర్తి చేయవచ్చు అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఇది సమర్థవంతంగా జరగడానికి అవసరమైన పరికరాల వినియోగంపై మరియు నా ప్రొవైడర్​ల అంచనాలపై నాకు మార్గదర్శకత్వం మరియు మద్దతు అందించబడింది. రిమోట్ లేదా వ్యక్తిగత సపోర్ట్​లతో నేను ఇకపై ఏకీభవించనట్లయితే, నేను దీనిని నా సర్వీస్ కోఆర్డినేటర్, ప్రోగ్రామ్ డైరెక్టర్ మరియు/లేదా Birth to Three ఫ్యామిలీ Liaison​తో పరిష్కరించుకోవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఏ సమయంలోనైనా నా సమ్మతిని నేను రద్దు చేసుకోవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

[ ]  పైన వివరించిన విధంగా నేను రిమోట్ EI సేవలకు సమ్మతించను. మరొక సమయంలో దీన్ని ఎంచుకోవడానికి మరియు ఈ ఫారాన్ని సవరించడానికి

 నాకు ఇప్పటికీ అర్హత ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

ప్రింట్ చేయబడ్డ పేరు:

సంతకం: తేది:

[ ]  నేను ఈ సమ్మతిని రద్దు చేస్తున్నాను: సంతకం: తేది:

**రిమోట్ EI కోసం ముందస్తు అనుమతి అభ్యర్థన** (*Birth to Three ప్రోగ్రామ్ సురక్షిత ఇమెయిల్ ద్వారా* *CTBirth23@ct.gov**కు పంపబడుతుంది)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ప్రోగ్రామ్ పేరు: | బిడ్డ పేరు: | Birth to Three నెంబర్: |
| పుట్టినతేదీ: | ప్రారంభ తేదీ: | ప్రతిపాదించిన ముగింపు తేదీ: | సర్వీస్ టైప్[ ]  అంచనా. [ ]  పరీక్ష. [ ]  శీఘ్ర మధ్యవర్తిత్వ పద్ధతి సేవ |
| కారణం: దయచేసి వివరంగా వివరించండి [ ]  పూర్తి Individualized Family Service Plan (IFSP, వ్యక్తిగతీకరించిన కుటుంబ సేవా ప్రణాళిక) తప్పనిసరిగా జోడించబడాలి |
| ఏ సాంకేతికత ఉపయోగించబడుతుంది: [x]  Office of Early Childhood (OEC, ముందస్తు బాల్యం కార్యాలయం) మరియు Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పోర్టబిలిటీ మరియు అకౌంటబిలిటీ చట్టం)అనుకూల వెబ్ ఆధారిత అప్లికేషన్: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(*పేరు*)* [ ]  ఫోన్[ ]  ఇతరత్రా (వివరించండి): |
| ***Office of Early Childhood మాత్రమే:*** |
| అభ్యర్థన అందుకున్న తేదీ:ప్రోగ్రామ్​కు తిరిగి పంపిన తేదీ:  | [ ] ఆమోదించబడినది [ ] తిరస్కరించబడిన కారణం:[ ] కావలసిన అదనపు సమాచారం: | అధీకృత సంతకం మరియు తేదీ: |