**استمارة طلب الموافقة على التدخل المبكر عن بُعد**

**والتفويض المسبق**

موافقة الأسرة على استخدام طريقة Early Intervention (EI، التدخل المبكر عن بُعد):

*أُدرك أن زياراتي ستكتمل عن بُعد عبر الهاتف أو اتصال فيديو آمن.*

*لقد تلقَّيت مساعدة تقنية من أجل إتمام هذا الأمر بفعالية.*

*أُدرك أن فاتورة رسوم المشاركة الأسرية في التكلفة (إذا انطبقت) ستصدر نظير زيارات التدخل المبكر عن بُعد.*

*أُدرك أن بإمكاني إلغاء هذه الموافقة في أي وقت.*

*الاسم بحروف واضحة*:

التوقيع: التاريخ:

~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~

برنامج التدخل المبكر - أكمل هذه الاستمارة، وانسخها بالماسح الضوئي، وأرسلها بالبريد الإلكتروني إلى CTBirth23@ct.gov.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم البرنامج: | | اسم الطفل: | رقم برنامج Birth to Three: | |
| تاريخ البدء: | | تاريخ الانتهاء المقترح: | نوع الخدمة:  تقييم  خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)  EITS  S@NC F2F | |
| خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP): القسم السادس (ما لم يتم التنازل عنه) | | | | |
| السبب:  أسرة منقوصة المناعة  نقص القوى العاملة  إعلان حالة طوارئ  اذكر مزيدًا من التفاصيل في المساحة التالية حول كل اختيار: | | | | |
| ما نوع التكنولوجيا المستخدمة؛ وإذا لم تكن مدرجة في قائمة OEC، فكيف حددتَ الامتثال لقانون خصوصية التأمين الصحي الأمريكي (HIPAA)  تطبيق على الويب متوافق مع قانون HIPAA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الهاتف  غير ذلك (وضّح): | | | | |
| ***مكتب الطفولة المبكرة فقط:*** | | | | |
| Date request received:  Date returned to program: | Approved  Denial Reason:  Need Additional Information: | | | Authorized Signature and Date: |

أُلغي هذه الموافقة:

الاسم بحروف واضحة:

التوقيع: التاريخ: