**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 طوارئاذكر 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: