



রিমোট আর্লি ইন্টারভেনশন (Remote EI) সম্মতি এবং
পূর্ববর্তী অনুমোদনের (PA) আবেদন ফরম

Remote EI ব্যবহার করতে পারিবারিক সম্মতি:

আমি অবগত রয়েছি যে ফোন অথবা সুরক্ষিত ভিডিও সংযোগ ব্যবহার করে আমার সাক্ষাৎ দূরবর্তীভাবে সম্পন্ন হবে।

এই কাজটি কার্যকরভাবে করার জন্য আমাকে প্রযুক্তিগত সহায়তা প্রদান করা হয়েছে।

আমি অবগত রয়েছি যে Remote EI সাক্ষাৎের জন্য আমার পরিবারের অংশগ্রহণের ব্যয় ফি (যদি প্রযোজ্য হয়) বিল দেওয়া হবে।

আমি অবগত রয়েছি যে আমি যেকোনো সময় এই সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারব।

স্পষ্টভাবে লিখা নাম: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

EI Program এই ফরম সম্পূর্ণভাবে পূরণ করে স্ক্যান করুন এবং CTBirth23@ct.gov ঠিকানায় ইমেইল করে পাঠিয়ে দিন।

প্রোগ্রামের নাম:	শিশুর নাম:	Birth to Three নম্বর:
শুরুর তারিখ:	শেষ হওয়ার প্রস্তাবিত তারিখ:	সেবার ধরন: ☐ মূল্যায়ন/মূল্যনির্ধারণ ☐ IFSP ☐ EITS ☐ S@NC F2F
☐ IFSP: অনুচ্ছেদ ছয় (মওকুফ করা না হলে)		
কারণ: ☐ দুর্বল রোগ প্রতিরোধ ব্যবস্থাসম্পন্ন ব্যক্তিদের আবাসস্থল: ☐ কর্মচারী সংকট: ☐ জরুরি অবস্থা ঘোষিত হয়েছে প্রতিটি বাছাইয়ের জন্য আরো বিস্তারিত তথ্য প্রদান করুন:		
কোন প্রযুক্তি ব্যবহার করা হবে এবং যদি OEC তালিকায় উল্লেখ না থাকে তাহলে আপনি কীভাবে HIPPA সম্মতি নির্ধারণ করেছেন ☐ HIPPA সম্মতির ওয়েব-ভিত্তিক আবেদন: _____ ☐ ফোন নম্বর ☐ অন্যান্য (বর্ণনা করুন):		
শুধুমাত্র Office of Early Childhood এর ব্যবহারের জন্য:		
Date request received:	☐ Approved ☐ Denial Reason: ☐ Need Additional Information:	Authorized Signature and Date:
Date returned to program:		

☐ আমি এই সম্মতি প্রত্যাহার করি:
স্পষ্টভাবে লিখা নাম: _____

স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____