 **远程早期干预（Remote EI）同意书和**

**预先授权（PA）申请表**

使用 Remote EI 的家庭同意书：

*本人了解本人的看诊将会通过电话或安全视频连接远程完成。*

*本人已获得技术支持，以便有效进行看诊。*

*本人了解将针对 Remote EI 看诊收取本人的家庭费用分担费（如有）。*

*本人明白本人可以随时撤销本同意书。*

正楷书写姓名：

签名： 日期：

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

参与 EI 计划，请填写此表格、扫描并通过邮件将其发送至 CTBirth23@ct.gov。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 计划名称： | | 儿童姓名： | | Birth to Three 编号： |
| 开始日期： | | 计划结束日期： | | 服务类型：  评估/评定  IFSP  EITS  S@NC F2F |
| IFSP：第六部分（除非放弃） | | | | |
| 原因：  免疫受损的家庭：  劳动力短缺：  宣布紧急状态  在下方为每个选择提供更多的详细信息： | | | | |
| 将使用哪种技术，如果不在 Office of Early Childhood（OEC，幼儿办公室）列表中，您如何确定 Health Insurance Portability and Accountability Act（HIPAA，健康保险流通与责任法案）合规性  符合 HIPAA 的基于网络的申请：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  电话  其他（请说明）： | | | | |
| ***仅 Office of Early Childhood：*** | | | | |
| Date request received:  Date returned to program: | Approved  Denial Reason:  Need Additional Information: | | Authorized Signature and Date: | |

本人撤销此同意书：

正楷书写姓名：

签名： 日期：