 **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：