**रिमोट प्रारंभिक हस्तक्षेप (रिमोट EI) सहमति और  
पूर्व प्राधिकरण (PA) अनुरोध फॉर्म**

रिमोट EI के उपयोग के लिए परिवार की सहमति:

*मैं समझता/समझती हूं कि फोन या सुरक्षित वीडियो कनेक्शन का उपयोग करके मेरी विज़िट रिमोट रूप से पूरी होगी।*

*मुझे प्रभावी रूप से ऐसा करने के लिए तकनीकी सहायता दी गई है।*

*मैं समझता/समझती हूं कि मेरी पारिवारिक लागत भागीदारी शुल्क (यदि लागू हो) को रिमोट EI यात्राओं के लिए बिल किया जाएगा।*

*मैं समझता/समझती हूं कि मैं किसी भी समय इस सहमति को रद्द कर सकता/सकती हूं।*

मुद्रित नाम:

हस्ताक्षर: तिथि:

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

EI प्रोग्राम इस फॉर्म को पूरा करें, स्कैन करें और इसे CTBirth23@ct.gov पर ईमेल करें।

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| प्रोग्राम का नाम: | | बच्चे का नाम: | | Birth to Three संख्या: |
| आरंभ तिथि: | | प्रस्तावित अंतिम तिथि: | | सेवा प्रकार:  मूल्यांकन/आकलन  IFSP  EITS  S@NC F2F |
| IFSP: अनुभाग छह (जब तक माफ नहीं की गई हो) | | | | |
| कारण:  इम्यून कॉम्प्रमाइज़ होम:  कार्यबल की कमी:  घोषित आपातकालीन स्थिति  प्रत्येक चयन के लिए नीचे और अधिक विवरण दें: | | | | |
| कौन सी तकनीक का उपयोग किया जाएगा और यदि OEC सूची में नहीं है तो आपने HIPAA अनुपालन कैसे निर्धारित किया  HIPAA शिकायत वेब आधारित एप्लिकेशन:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  फोन  अन्य (वर्णन करें): | | | | |
| ***केवल ऑफिस ऑफ़ अर्ली चाइल्डहुड:*** | | | | |
| Date request received:  Date returned to program: | Approved  Denial Reason:  Need Additional Information: | | Authorized Signature and Date: | |

मैं इस सहमति को रद्द करता/करती हूं:

मुद्रित नाम:

हस्ताक्षर: तिथि: