**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 स्थितिप्रत्येक 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: