 **Zgoda na wczesną interwencję na odległość (Remote EI) i**

**Wniosek o wydanie upoważnienia (PA)**

Zgoda rodziny na zastosowanie wczesnej interwencji na odległość:

*Przyjmuję do wiadomości, że wizyty będą realizowane zdalnie za pomocą telefonu lub z wykorzystaniem bezpiecznego połączenia wideo.*

*Otrzymałem pomoc techniczną, niezbędną do prawidłowego zastosowania powyższej procedury.*

*Przyjmuję do wiadomości, że za wizyty realizowane zdalnie zostanę obciążony(a) kosztami.*

*Zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.*

Imię i nazwisko wielkimi literami:

Podpis: Data:

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

Formularz należy wypełnić, zeskanować i wysłać na adres CTBirth23@ct.gov.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa programu: | Imię dziecka: | Numer Birth to Three: |
| Data rozpoczęcia: | Proponowana data zakończenia: | Rodzaj usługi:[ ]  Ocena [ ]  IFSP[ ]  EITS [ ]  S@NC F2F |
| [ ] IFSP: Sekcja szósta (chyba, że nastąpi rezygnacja) |
| Przyczyna: [ ]  Obniżona odporność w warunkach domowych:[ ]  Deficyt siły roboczej:[ ]  Ogłoszono stan wyjątkowyProszę podać więcej szczegółów dla powyższych opcji: |
| Jaka technologia zostanie zastosowana, a w przypadku, gdy nie ma jej na liście OEC, w jaki sposób ustalono zgodność z ustawą HIPAA [ ]  Aplikacja internetowa zgodna z ustawą HIPAA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Telefon[ ]  Inne (proszę opisać): |
| ***Tylko oddział neonatologii:*** |
| Date request received:Date returned to program:  | [ ] Approved [ ] Denial Reason:[ ] Need Additional Information: | Authorized Signature and Date: |

[ ]  Niniejszym wycofuję zgodę:

 Imię i nazwisko wielkimi literami:

Podpis: Data: