 **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 wyjątkowy  Proszę 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: