**రిమోట్ తొలి జోక్యం (Remote EI) సమ్మతి మరియు**

**ముందస్తు ఆథరైజేషన్ (PA) అభ్యర్థన ఫారం**

రిమోట్ EI ఉపయోగించడానికి కుటుంబసమ్మతి:

*నా సందర్శనలు ఫోన్ లేదా సురక్షితమైన వీడియో కనెక్షన్ ద్వారా పూర్తిగా రిమోట్గా ఉంటాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.*

*ఇది సమర్థవంతంగా సాధ్యం అయ్యేలా చేయడానికి నాకు సాంకేతిక సాయం ఇవ్వబడింది.*

*రిమోట్ EI సందర్శనల కొరకు నా కుటుంబ పాల్గొనే ఖర్చు ఫీజు (ఒకవేళ వర్తించినట్లయితే) వసూలు చేయబడుతుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.*

*ఏ సమయంలోనైనా నా సమ్మతిని నేను రద్దు చేసుకోవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.*

ప్రింట్ చేయబడ్డ పేరు:

సంతకం: తేది:

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

EI ప్రోగ్రామ్ ఫారం​ని పూర్తి చేయడం, స్కాన్ చేయడం, మరియు CTBirth23@ct.gov కు మెయిల్ చేయగలరు.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ప్రోగ్రామ్ పేరు: | బిడ్డ పేరు: | Birth to Three సంఖ్య: |
| ప్రారంభ తేదీ: | ప్రతిపాదించబడ్డ ముగింపు తేదీ: | సర్వీస్ టైప్[ ]  ఎవాల్యువేషన్/అంచనా [ ]  IFSP [ ]  EITS [ ]  S@NC F2F |
| [ ] IFSP: సెక్షన్ ఆరు (రద్దు చేయనట్లయితే) |
| కారణం: [ ]  రోగనిరోధక శక్తి రాజీపడ్డ ఇల్లు:[ ]  సిబ్బంది కొరత:[ ]  ప్రకటించబడ్డ రాష్ట్ర ఎమర్జెన్సీప్రతి సెక్షన్ కొరకు దిగువన మరిన్ని వివరాలు అందించండి: |
| ఏ సాంకేతికత ఉపయోగించబడుతుంది మరియు ఒకవేళ OEC లిస్ట్​పై కానట్లయితే. HIPAA కాంప్లయన్స్​ని మీరు ఎలా తెలుసుకుంటారు [ ]  HIPAA కాంప్లయంట్ వెబ్ ఆధారిత అప్లికేషన్: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  ఫోన్[ ]  ఇతరత్రా (వివరించండి): |
| **తొలి బాల్యపుఆఫీసుమాత్రమే*:*** |
| Date request received:Date returned to program:  | [ ] Approved [ ] Denial Reason:[ ] Need Additional Information: | Authorized Signature and Date: |

[ ]  నేను ఈ సమ్మతిని రద్దు చేస్తున్నాను:

 ప్రింట్ చేయబడ్డ పేరు:

సంతకం: తేది: