**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 ఎమర్జెన్సీ  ప్రతి 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: