 **ریموٹ ابتدائی علاج (Remote EI) کی رضا مندی اور**

 **پیشگی اجازت نامے (PA) کا درخواست فارم**

ریموٹ EI کے استعمال کے لیے فیملی کی رضامندی:

*میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ فون یا محفوظ ویڈیو کنیکشن کو استعمال کرتے ہوئے ریموٹ طور پر میرے معائنے مکمل کیے جائیں گے۔*

*مجھے اسے موثر طور پر سر انجام دینے کے لیے تکنیکی معاونت فراہم کی گئی ہے۔*

*میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری فیملی کی شرکت کی فیس کی قیمت (اگر قابل اطلاق ہو) ریموٹ EI معائنوں کے لیے عائد کی جائے گی۔*

*میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس رضامندی کو کسی بھی وقت منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں۔*

*پرنٹ شدہ نام:*

دستخط: تاریخ:

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

EI پروگرام اس فارم کو مکمل کریں، اسکین، اور CTBirth23@ct.gov پر ای میل کریں۔

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| پروگرام کا نام: | بچے/بچی کا نام: | Birth to Three نمبر: |
| تاریخ آغاز: | مجوزہ تاریخ اختتام: | سروس کی قسم:[ ]  درجہ/جائزہ [ ]  IFSP[ ]  EITS [ ]  S@NC F2F |
| [ ] IFSP: سیکشن چھ (تاوقتیکہ چھوٹ دی گئی ہو) |
| وجہ: [ ]  غیر فعال مدافعتی نظام:[ ]  افرادی قوت کی کمی:[ ]  اعلان کردہ ہنگامی حالتہر انتخاب کے لیے ذیل میں مزید تفصیلات فراہم کریں: |
| کونسی ٹیکنالوجی استعمال کی جائے گی اور اگر OEC کی فہرست میں نہیں ہے تو آپ HIPAA کی تعمیل کاری کا تعین کیسے کریں گے [ ]  HIPAA کے لیے تعمیل پذیر ویب پر مبنی ایپلیکیشن:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  فون[ ]  دیگر (بیان کریں): |
| ***صرف دفتر برائے ابتدائی طفولیت:*** |
| Date request received:Date returned to program:  | [ ] Approved [ ] Denial Reason:[ ] Need Additional Information: | Authorized Signature and Date: |

[ ]  میں اس رضامندی کو منسوخ کرتا/کرتی ہوں:

 پرنٹ شدہ نام:

دستخط: تاریخ: