 **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 حالت  ہر 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: