**الموافقة على Remote Early Intervention (Remote EI) ونموذج طلب   
Prior Authorization (PA، تصريح مسبق)**

موافقة الأسرة على استخدام طريقة Remote EI (التدخل المبكر عن بُعد):

*أُدرك أن زياراتي سيتم إكمالها عن بُعد عبر الهاتف أو اتصال فيديو آمن.*

*لقد تلقَّيت مساعدة تقنية من أجل إتمام هذا الأمر بفعالية.*

*أُدرك أن بإمكاني إلغاء هذه الموافقة في أي وقت.*

*الاسم بأحرف واضحة*:

التوقيع: التاريخ:

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

*راسل برنامج Birth to Three (منذ الولادة حتى الثالثة) فقط بأمان على العنوان التالي* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) *حسبما يلزم (تم الإعفاء من PA أثناء Public Health Emergency (PHE، حالات الطوارئ المتعلقة بالصحة العامة) المتعلقة بجائحة كوفيد-19 باستثناء حالات Early Intervention Treatment Services (EITS، خدمات العلاج بالتدخل المبكر) الصوتية فقط).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم البرنامج: | | | اسم الطفل: | | | رقم Birth to Three: |
| تاريخ الميلاد: | تاريخ البدء: | | | تاريخ الانتهاء المقترح: | | نوع الخدمة:  تقييم  تقدير  IFSP  EITS |
| السبب: يُرجى الوصف بالتفصيل:  يجب إرفاق Individualized Family Service Plan (IFSP، خطة خدمات الأسرة الفردية) كاملة | | | | | | |
| ما نوع التكنولوجيا التي سيتم استخدامها:  تطبيق على الويب متوافق مع قانون HIPAA ومدرج على OEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(الاسم)*  الهاتف  غير ذلك (وضّح): | | | | | | |
| ***مكتب الطفولة المبكرة فقط:*** | | | | | | |
| تاريخ تلقِّي الطلب:  تاريخ العودة إلى البرنامج: | | معتمَد  سبب الرفض:  الحاجة إلى معلومات إضافية: | | | التوقيع المصرح به والتاريخ: | |

أُلغي هذه الموافقة:

الاسم بأحرف واضحة:

التوقيع: التاريخ: