**Remote Early Intervention (Remote EI) সম্মতি এবং Prior Authorization (PA, পূর্ব অনুমোদন) এর আবেদন ফরম**

Remote EI (দূরবর্তী প্রাথমিক হস্তক্ষেপ) ব্যবহার করতে পারিবারিক সম্মতি:

*আমি অবগত আছি যে ফোন অথবা সুরক্ষিত ভিডিও সংযোগ ব্যবহার করে আমার সাক্ষাৎ দূরবর্তীভাবে সম্পন্ন হবে।*

*এই কাজটি কার্যকরভাবে করার জন্য আমাকে প্রযুক্তিগত সহায়তা প্রদান করা হয়েছে।*

*আমি অবগত আছি যে আমি যেকোনো সময় এই সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারব।*

পুরো নাম:

স্বাক্ষর: তারিখ:

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

*Birth to Three (জন্ম থেকে তিন বছর) প্রোগ্রামে শুধুমাত্র নিরাপদভাবে* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)*ইমেইল করুন প্রযোজ্য ক্ষেত্রে (PA মওকুফ COVID-19* Public Health Emergency (*PHE, জনস্বাস্থ্য জরুরি অবস্থা) চলাকালে শুধুমাত্র অডিও* Early Intervention Treatment Service (*EITS, প্রাথমিক হস্তক্ষেপ চিকিত্সা পরিষেবা) গ্রহণযোগ্য।)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| প্রোগ্রামের নাম: | | | শিশুর নাম: | | | Birth to Three নম্বর: |
| জন্ম তারিখ: | শুরুর তারিখ: | | | প্রস্তাবিত শেষ হওয়ার তারিখ: | | সেবার ধরন:  Eval.  Assmt.  IFSP  EITS |
| কারণ: অনুগ্রহ করে বিস্তারিত বর্ণনা করুন:  সম্পূর্ণ : Individualized Family Service Plan (IFSP, স্বতন্ত্র পারিবারিক পরিষেবা পরিকল্পনা) অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে | | | | | | |
| যে প্রযুক্তি ব্যবহার করা হবে:  OEC তালিকাভুক্ত HIPAA কমপ্লায়েন্ট ওয়েব ভিত্তিক অ্যাপ্লিকেশন: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(নাম)*  ফোন নম্বর  অন্যান্য (বর্ণনা করুন): | | | | | | |
| ***শুধুমাত্র আর্লি চাইল্ডহুড অফিসের ব্যবহারের জন্য:*** | | | | | | |
| অনুরোধ গ্রহণের তারিখ:  প্রোগ্রামে ফেরার তারিখ: | | অনুমোদিত  প্রত্যাখ্যানের কারণ:  অতিরিক্ত তথ্য প্রয়োজন: | | | অনুমোদিত স্বাক্ষর এবং তারিখ: | |

আমি এই সম্মতি প্রত্যাহার করছি:

পুরো নাম:

স্বাক্ষর: তারিখ: