**Remote Early Intervention (Remote EI) 同意书和 Prior Authorization（PA，预先授权）申请表**

使用 Remote EI（远程早期干预）的家庭同意书：

*本人了解本人的看诊将会通过电话或安全视频连接远程完成。*

*本人已获得技术支持，以便有效进行看诊。*

*本人明白本人可以随时撤销本同意书。*

正楷书写姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Birth to Three（零到三岁）计划根据要求，仅通过电子邮件安全地发送至* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)*（COVID-19 Public Health Emergency（PHE，突发公共卫生事件）期间不需要 PA，针对 Early Intervention Treatment Service（EITS，早期干预治疗服务）的音频除外。）*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 计划名称： | | | 儿童姓名： | | | Birth to Three 编号： |
| 出生日期： | 开始日期： | | | 计划结束日期： | | 服务类型：  评估  评定  IFSP  EITS |
| 原因：请详细说明：  必须附上完整的 Individualized Family Service Plan（IFSP，个别化家庭服务计划） | | | | | | |
| 将使用哪种技术：  OEC 列出的符合 HIPAA 的基于网络的申请： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*（姓名）*  电话  其他（请说明）： | | | | | | |
| ***仅幼儿办公室：*** | | | | | | |
| 请求收到日期：  回到计划的日期： | | 已批准  拒绝理由：  需要其他信息： | | | 授权签名和日期： | |

本人撤销此同意书：

正楷书写姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_