**Remote Early Intervention (Remote EI) सहमति और Prior Authorization (PA, पूर्व प्राधिकरण) अनुरोध फॉर्म**

Remote EI (रिमोट EI) के उपयोग हेतु परिवार की सहमति:

*मैं समझता/समझती हूं कि फोन या सुरक्षित वीडियो कनेक्शन का उपयोग करके मेरी विज़िट रिमोट रूप से पूरी होगी।*

*मुझे प्रभावी रूप से ऐसा करने के लिए तकनीकी सहायता दी गई है।*

*मैं समझता/समझती हूं कि मैं किसी भी समय इस सहमति को रद्द कर सकता/सकती हूं।*

मुद्रित नाम:

हस्ताक्षर: तिथि:

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

*अपेक्षानुसार Birth to Three (जन्म से तीन तक) कार्यक्रम सुरक्षित रूप से केवल* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) *को ईमेल करना है (केवल Early Intervention Treatment Services (EITS, आरंभिक दखल उपचार सेवाएं)ऑडियो को छोड़कर COVID-19 Public Health Emergency (PHE, सार्वजनिक स्वास्थ्य आपातकाल) के दौरान (PA की छूट दी गयी है)।*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| प्रोग्राम का नाम: | | | बच्चे का नाम: | | | Birth to Three संख्या: |
| जन्म तिथि: | आरंभ तिथि: | | | प्रस्तावित अंतिम तिथि: | | सेवा प्रकार:  आक.  मूल्यां.  IFSP  EITS |
| कारण: कृपया विस्तार से बताएं:  संपूर्ण Individualized Family Service Plan (IFSP, व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना) संलग्न करना चाहिए | | | | | | |
| कौनसी प्रौद्योगिकी प्रयुक्त होगी:  OEC सूचीबद्ध HIPAA के अनुपालन में वेब-आधारित एप्लिकेशन: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(*नाम*)*  फोन  अन्य (वर्णन करें): | | | | | | |
| ***केवल ऑफिस ऑफ़ अर्ली चाइल्डहुड:*** | | | | | | |
| तारीख का अनुरोध प्राप्त:  तारीख कार्यक्रम में डाली गयी: | | मंजूर  खारिज करने का कारण:  अतिरिक्त जानकारी चाहिए: | | | प्राधिकृत हस्ताक्षर एवं तारीख | |

मैं इस सहमति को रद्द करता/करती हूं:

मुद्रित नाम:

हस्ताक्षर: तिथि: